

第三者の行為による傷病届 (車・バイク・自転車等の交通事故)

常務理事	事務長	担当者

※ この傷病が、業務上または通勤途
扱いとなり、保険証を使っての受診
所属事業所へ連絡し、労災保険の手

記入例

記入日	令和 00 年 00 月 00 日
-----	-------------------

被保険者	被保険者証の 記号と番号	0000 — 0000	事業所 (所属先)	0000 (株) 00000支店
	氏名	(フリガナ) 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇	生年月日	昭和・平成 00 年 00 月 00 日
	住所	郵便番号 0 0 0 - 0 0 0 0	〇〇 都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号
	電話番号	1 【自宅】 00 (0000) 0000 2 【携帯】 000 (0000) 0000 3 【勤務先】 000 (000) 0000	2	1~3のうち、日中連絡の 取れる番号を枠内に記入し てください。
受診者(負傷者等) が被扶養者の場合	(フリガナ) 〇〇〇 〇〇〇 〇〇 〇〇	被保険者との続柄	長男	生年月日 昭和・平成 00 年 00 月 00 日 年齢 00 歳

加害者(相手方)	氏名	(フリガナ) △△△ △△△ △△△ △△△	職業または種別	運送業	生年月日	昭和・平成 00 年 00 月 00 日	年齢	00 歳
	住所	郵便番号 0 0 0 - 0 0 0 0	〇〇 都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号				
	電話番号	自宅 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 携帯 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 勤務先 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	*日中連絡の取れる電話番号を 記入してください。		相手方が不明の 場合、その理由			
	相手が未成年者 であるときの親 権者、後見人等	(フリガナ) 氏名 住所 〒 -	加害者 との関係	生年月日 昭和・平成 年 月 日 年齢 歳 TEL ()				

事故内容	傷病名	右脛骨骨幹部骨折	発生年月日	令和 00 年 00 月 00 日 (〇曜日) 午前・午後 8 時 10 分頃	
	発生場所	〇〇 都道府県	〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		
	種別	受診者(負傷者) 車・バイク・自転車・歩行中・その他 () 加害者(相手方) 車・バイク・自転車	物件(物損)事故扱いの場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」が必要です。		
	警察官の立会	あった・ない・ないが届出			
	所轄署	〇〇 警察署	派出所	照合記録簿種別 人身事故・物件事故	
過失の度合	不明 〇・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	自分がなんぶ	相手がなんぶ 〇・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10		

示談の状況	示談が成立	令和 年 月 日	交渉中	令和 年 月 日現在
	請求権を放棄した	令和 年 月 日	成立していない	令和 00 年 00 月 00 日現在
	示談が成立していない理由	治療が終了していない為		
	請求権を放棄した理由			

※この届に添えて提出する書類

- 交通事故証明書(右下欄に「物件事故」と記載がある場合は、必ず「人身事故証明書入手不能理由書」の提出も必要です。)
「人身事故証明書入手不能理由書」については、保険会社へお問い合わせください。
- 診断書および示談書がある場合は、写しを添えてください。

治療の状況

* 該当箇所を○で囲み、必要事項を記入してください。

この事故で治療を受けましたか		<input checked="" type="radio"/> 受けた ・ <input type="radio"/> 受けない		治療を受けたとき、健康保険証を使用しましたか		<input checked="" type="radio"/> 使用した ・ <input type="radio"/> 使用していない	
医療機関	① 医療機関名称	○○○○病院					
	所在地	○○ (都道府県) ○○区○○丁目○○番○○号					
	治療期間	令和 00 年 00 月 00 日 から 令和 00 年 00 月 00 日 まで <input checked="" type="radio"/> 入院 ・ <input type="radio"/> 通院					
	② 医療機関名称	○○整形外科					
所在地	○○○ (都道府県) ○○市○○区○丁目○○番○○号						
治療期間	令和 00 年 00 月 00 日 から 令和 年 月 日 まで <input type="radio"/> 入院 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院						
一旦窓口で治療費を支払っていますか		<input type="radio"/> いる ・ <input checked="" type="radio"/> いない		後遺症		<input type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ある見込み ・ <input type="radio"/> ない ・ <input checked="" type="radio"/> ない見込み	
治療見込み		令和 00 年 00 月 00 日 頃 <input type="radio"/> 終了 <input checked="" type="radio"/> 終了予定		治療が終了しているとき		令和 年 月 日 終了 ※最終診療日を記入してください。	

一旦自己負担分を支払い、後日、加害者(相手方)または保険会社へ請求。

加害者(相手方)または保険会社が全て対応し、自己負担なし。

損害賠償の受取り状況

* 該当する番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

治療費	1. 相手方の自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から	自己負担した治療費について
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他()	
* 上記3の、相手方(本人・保険)から受け取った場合はご記入ください。			
受領日		令和 年 月 日	金額 円
休業補償	1. 相手方の自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から	休業中の給与補償として支払われている場合
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他()	
* 上記3の、相手方(本人・保険)から受け取った場合はご記入ください。			
受領日		令和 年 月 日	金額 円
その他	1. 相手方の自賠責保険から	2. 自身が加入している任意保険から	上記以外で受取っているものがある場合
	3. 相手方(本人・保険)から	4. その他()	
* 上記3の、相手方(本人・保険)から受け取った場合はご記入ください。			
受領日		令和 年 月 日	金額 円

相手方の損害賠償保険加入状況

		< 自 賠 責 保 険 >	< 任 意 保 険 >
保険会社名		○○○○○○保険(株)	
証明書(証券)番号		第 00000000 号	第 号
契約者	住所	〒 000 - 0000 区 00 (0000) 0000 ○○ (都道府県) ○○区○○丁目○○番○○号	〒 - 区 () (都道府県)
	氏名	○○ ○○ (フリガナ) ○○○○ ○○○	
保有者	住所	〒 (フリガナ) 同上	〒 (フリガナ)
	氏名	同上 (フリガナ)	(フリガナ)
取扱窓口	住所	〒 000 - 0000 区 00 (0000) 0000 ○○ (都道府県) ○○区○○丁目○○番○○号	〒 - 区 () (都道府県)
	名称	保険金お支払いサービスセンター	
	担当者名	○○ ○○ (フリガナ) ○○○○ ○○○	(フリガナ)
任意一括で		<input type="radio"/> ある ・ <input checked="" type="radio"/> ない	* 任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、相手方の任意保険会社が対応している場合です。

事故発生状況報告書

※自分の過失が高くても、あなた又はあなたの被扶養者が乙（被害者）という立場で記入してください。

甲（加害者） *相手方	氏名 △△ △△	* 該当箇所を○で囲んでください			
乙（被害者） *受診者	氏名 □□ □□	<input type="radio"/> 運転 <input type="radio"/> 甲車（相手方）に同乗 <input checked="" type="radio"/> 歩行 <input type="radio"/> 甲車以外の車に同乗 <input type="radio"/> その他			
天 候	<input type="radio"/> 晴 <input checked="" type="radio"/> 曇 <input type="radio"/> 雨 <input type="radio"/> その他 ()	交通状況	<input type="radio"/> 混雑 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 閑散		
道路状況	舗装	<input checked="" type="radio"/> してある <input type="radio"/> してない	歩道（両・方）	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	
		<input checked="" type="radio"/> 平坦 <input type="radio"/> 坂	<input checked="" type="radio"/> 直線 <input type="radio"/> カーブ	<input type="radio"/> 積雪路 <input type="radio"/> 凍結路	
信号または標識	信号	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない	自車側信号 (<input type="radio"/> 赤 <input checked="" type="radio"/> 青 <input type="radio"/> 黄) 相手側信号 (<input type="radio"/> 赤 <input checked="" type="radio"/> 青 <input type="radio"/> 黄)	駐車禁止 { <input checked="" type="radio"/> されている <input type="radio"/> されていない } <input checked="" type="radio"/> 標識 <input type="radio"/> その他	
	速 度	甲車両（加害者）	km/h（制限速度	乙車両（被害者）	km/h（制限速度
事故現場の相手方（甲）と受診者（乙）の状況を图示してください。	速度はわかる範囲で記入			相手車（甲）	
				自 車（乙）	
				進 行 方 向	
				信 号	000
				一 時 停 止	
				人 間	
				自 転 車 オ ー ト バ イ	
上記図の説明を	通学途中で青信号の横断歩道を横断中、大型運搬車両が左折してきたが止まる気配がなかったため、走り抜けようとしたが間に合わずはねられた。				

別紙 交通事故証明書に補足して、上記のとおりご報告申し上げます。

令和 00 年 00 月 00 日

報告者 甲との関係 () 氏名 ○○ ○○ 印
乙との関係 (父)

念 書

令和 00 年 00 月 00 日 (相手方氏名) △△ △△ の行為により

(受診者氏名) □□ □□ の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者(相手方)に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって、森永健康保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに意義のないことを、ここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

- ① 加害者側と示談をおこなう場合は、必ず前もって森永健康保険組合にその内容を申し出ること。
- ② 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- ③ 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅延なく森永健康保険組合に届出ること。

令和 00 年 00 月 00 日

被保険者氏名 ○○ ○○

森永健康保険組合 理事長 殿

個人情報の取扱いについて

森永健康保険組合は、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が第三者の行為によって被った傷病について保険給付を行い、その価額の限度内で、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が第三者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定により取得し、かつ損害賠償金を請求・受領しますが、その手続きについては、当組合の個人情報保護に関する基本方針(プライバシーポリシー)等に定めるほか、個人情報を次のとおり取扱います。

- ① 当組合は届出のあった「第三者の行為による傷病届」に記載されているあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を、損害賠償請求を目的として利用するとともに、被害者及び被保険者に電話・郵便等により内容確認の連絡をします。
- ② 当組合は損害賠償請求を目的として、あなたが治療を受けた医療機関及びあなた若しくは加害者等が契約する損害保険会社等からあなた若しくはあなたの被扶養者である被害者の個人情報を取得します。
- ③ 当組合は、加害者が契約する損害保険会社等に対して損害賠償請求を行うために、当該傷病に関する診療報酬明細書等の写しを郵便により提供します。
- ④ 当組合は加害者に直接損害賠償請求を行うため、あなた若しくはあなたの被扶養者である被害者が当該傷病の治療のため受診した医療機関名及び損害賠償請求額の情報を加害者に電話・郵便等により提供します。
- ⑤ 当組合が求める個人情報の全部または一部が不足している場合には、第三者への損害賠償請求に関する手続きが完了しない可能性があります。なお、第三者の行為により保険給付を受けるときは当組合への届出が健康保険法施行規則第65条により義務付けられております。

※ これに同意できない場合は事前に申し出てください。

森永健康保険組合 TEL 03-3454-6458

同意書

上記個人情報の取扱いに同意します。

令和 00 年 00 月 00 日

被保険者氏名 ○○ ○○ (印)

受診者氏名 □□ □□ (印)

(当事者が未成年のときは、親権者が代筆可)