

第三者の行為による傷病届

本人・家族

被害者・加害者関係	被保険者証 記号と番号	記号	氏名	印		
		番号	現住所	〒 TEL ()		
	被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)					
	被害者が勤務している事業所	名称				
		所在地	〒 TEL ()			
	被扶養者がうけた事故であるとき	氏名		被保険者との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日	
		現住所	〒 TEL ()			
	加害者の勤務先	名称または氏名		事業内容または職業		
		所在地または住所	〒 TEL ()			
加害者の住所・氏名が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名			発生年月日	午前・後時分頃 平成 年 月	
	発生の場所					
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 殴打 ・ その他 () 自転車事故 刺傷				
	事故結果	即死・入院直後の死亡 ・ 治療 入院中の死亡 (死亡 年 月 日)				
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない				
	所轄署	警察署		派出所		
	過失の度合	自分がなんぶ		相手がなんぶ		
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10				

※該当文字を○で囲み、必要事項は記入してください。

この届に添えて提出する書類	自の動と車き事は故	1. 自動車事故証明書 2. 事故発生状況報告書 3. 診断書 4. 死亡の場合は戸籍謄本および死亡診断書
		5. 示談をしているときは示談書の写

受付日付印

自動車損害賠償責任保険加入状況

事故当事者 (加害者) 住所 _____
氏名 _____ 男・女 _____ 歳

1. 保険会社 (所在地) _____
(名称) _____
2. 保険加入証明書番号 _____
3. 保険契約者 (住所) _____
(氏名) _____
4. 保有者 (住所) _____
(氏名) _____
5. 保険契約期間 自 平成 年 月 日
至 平成 年 月 日
6. 運転者と保有者との関係 _____
7. 自動車の種別 _____
車両番号 _____
8. その他 (任意保険等の状況) _____
保険会社 (所在地) _____
(名称) _____

(事故相手方)

日本交通健康保険組合 殿

誓 約 書

平成 年 月 日に発生した事故により治療中の (被保険者又は被扶養者) 殿の

医療費につき貴健康保険組合の立替払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合により保険給付した価額において求償あるときは責任の限度に応じて優先してお支払い
することを誓約いたします。

なお、併せて連帯保証人はつぎの事項を遵守することを誓約します。

「民法第147条に基づく時効中断を承認すること。」

平成 年 月 日

(事故相手方) 住所 (〒 -)

氏名 ④

(連帯保証人) 住所 (〒 -)

氏名 ④

TEL () -

【連帯保証人について】

【注1】 連帯保証人については必ず請求できる任意保険会社名、支店名、担当課名、担当者名、
郵便番号、住所、電話番号を記入してください。

【注2】 保険会社の保証が得られず個人名となった場合には連帯保証人の署名が必要となります。

※ 本紙に記載された個人情報、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

(被保険者又は被扶養者)

日本交通健康保険組合 殿

念書兼同意書

事故発生日	平成 年 月 日	事故発生場所	
被保険者又は被扶養者氏名		事故相手氏名	

- 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するにあたり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - 事故相手と示談を行う場合は、必ず事前に健康保険組合にその内容を申し出ること。
 - 事故相手に白紙委任状を渡さないこと。
- 上記事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有す損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に対する被保険者請求権を健康保険組合が保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについて同意します。
- 上記事故に関して私の個人情報及びこの念書兼同意書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - 健康保険組合が私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取扱い保険会社（共済）に対して提供すること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から提供を受けること。
 - 健康保険組合が私の保険の給付及び上記事故による求償業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - この念書兼同意書をもって上記事故による求償業務に関する事項を健康保険組合へ情報提供する保険会社等へ同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社へ提示すること。

平成 年 月 日住所

氏名

㊦ 事故を被った人が被保険者と異なる場合は

被保険者氏名

㊦

※本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

交通事故証明書

東京都〇〇区〇〇町1丁目2番

日交一朗 殿



事故照会 番号	〇〇署 第12345号	甲・乙・との続柄 本人・代理人											
発生日時	平成〇〇年 〇月 〇日 午前 〇時 〇分ごろ												
発生場所													
甲	住所	東京都〇〇区〇〇町1丁目2番 (TEL 03 - **** - ****)									備考 甲・乙以外の当事者 (有(別紙記載のとおり) 無)		
	フリガナ 氏名	ニコウ 一朗 日交一朗			生年 月日	昭和〇〇年 〇月 〇日 男 (〇〇歳)							
	車種	自家用	車両 番号	品川500あ*****									
	自賠責 保険関係	有り ××火災海上	証明書 番号	*****									
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他											
乙	住所	東京都△△市△△町3丁目4番 (TEL 042 - *** - ****)											
	フリガナ 氏名	サクラ エヌコ 桜 エヌ子			生年 月日	昭和△△年 △月 △日 女 (△△歳)							
	車種		車両 番号										
	自賠責 保険関係		証明書 番号										
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(同乗者氏名)・歩行・その他											
事故類型	○ 人 対 車 両	車 両 相 互					車 両 単 独				踏 切	不・ 調 査 中	
		正 面 衝 突	側 面 衝 突	出 衝 合 い 頭 突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱	衝 突			そ の 他
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 平成 〇〇年 〇月 〇日 自動車安全運転センター													
東京都事務所長										印			
証明番号	12345				照合記録簿の種別				人身事故				