

第三者の行為による傷病届（交通事故）

| | | | | | | |
|---|-------------------------------|--|-----------------|---|-------------|--|
| 負傷者 | 保険証の 記号番号 | 記号 | 氏名 | 昭・平 年 月 日生（才） (印) | | |
| | | 番号 | 住所 | 〒 TEL | | |
| | 被保険者の 勤務先 | 名称 | | | | |
| | | 所在地 | 〒 TEL | | | |
| 負傷者が家族 であるとき | | 氏名 | 昭・平・令 年 月 日生（才） | | 続柄 | |
| 加害者（ 相手方） | 氏名 | (フリガナ) 昭・平 年 月 日生（才） | | 住所 | 〒 TEL | |
| | 勤務先 名称 | | | 所在地 | 〒 TEL | |
| | 相手が未成年者 であるとき 親権 者、後見人等 | 氏名 | 昭・平 年 月 日生（才） | | 加害者と の関係 | |
| | 加害者不明のとき | | その理由 | | | |
| 事 故 の 内 容 | 傷 病 名 | | | | | |
| | 発 生 日 時 年 月 日（曜日） 午前・午後 時 分頃 | | | | | |
| | 発生時の状況 勤務中・通勤途上・私用外出中・その他（ ） | | | | | |
| | 発 生 場 所 | | | | | |
| | 種 別 | こちら「車・バイク・自転車・歩行」 対 相手「車・バイク・自転車・歩行」 殴打・刺傷・その他（ ） | | | | |
| | 事 故 結 果 | 即死・治療 入院直後の死亡（死亡 年 月 日）・入院中の死亡（死亡 年 月 日） | | | | |
| | 警察への届出 | 有・無 | 所轄署 | 警察署 | | |
| 過 失 の 度 合 | こちらがなんぶ | | | 相手なんぶ | | |
| | 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 | | | 0・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 | | |
| 示 談 状 況 | 示談が成立 | 交渉中 | 年 月 日現在 | | 請求権を放棄した | |
| | 年 月 日 | 成立していない | | | 年 月 日 | |
| | | 放棄した理由 | | | | |
| 備考 この傷病が業務上・通勤途上災害のときは労働者災害補償保険の扱いとなり、健康保険での受診はできません。 | | | | | | |

◎この届の添付書類◎

〔受付日付印〕

1. 交通事故証明書 原本
2. 診断書 コピー可

※ 交通事故証明書が【物件事故】の場合は、「人身事故証明入手不能理由書」を添付してください

注意事項 自分の過失の度合いが高く加害者であっても、相手が加害者、あなた（又はあなたの被扶養者）が被害者という立場で記入してください。

治療の状況

| | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--------|-----------------------------|---|-----|---|---|-----|-----------------|--|
| 治療状況 (治療順) | ① | 医療機関名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| | | 入院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| | | 通院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| | ② | 医療機関名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| | | 入院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| | | 通院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| | ③ | 医療機関名称 | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | |
| | | 入院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| | | 通院 | 年 | 月 | 日から | 年 | 月 | 日まで | 自費・加害者負担・自賠償・健保 | |
| 後遺症 | | | ある ・ ある見込み ・ ない ・ ない見込み | | | | | | | |
| 治療見込み | | | 年 月頃 | | | | | | | |
| | | | 年 月 日 終了 ※治療が終了しているときは最終受診日 | | | | | | | |

相手方の保険加入状況

| | | 自賠償保険 | | | | 任意保険 | | | |
|---------------|--------|-------|-------|-------------|--|-------|--|-------------|--|
| 保険会社名等 | | | | | | | | | |
| 証明書(証券)番号 | | 第 | | 号 | | 第 | | 号 | |
| 保険契約期間 | | 自 | | 年 月 日 | | 自 | | 年 月 日 | |
| | | 至 | | 年 月 日 (ヶ月) | | 至 | | 年 月 日 (ヶ月) | |
| 契約者 | 住所 | 〒 | | TEL | | 〒 | | TEL | |
| | フリガナ氏名 | | | | | | | | |
| 保有者 | 住所 | 〒 | | TEL | | 〒 | | TEL | |
| | フリガナ氏名 | | | | | | | | |
| 取扱窓口 | 住所 | 〒 | | TEL | | 〒 | | TEL | |
| | 名称 | | | | | | | | |
| | 担当者 | | | | | | | | |
| 自動車の種別 | | | 登録No. | | | 車台No. | | | |
| 任意一括で ある ・ ない | | | | | | | | | |

念 書

| | | |
|---|--------------------------------|--------|
| 年 月 日 | (相手) | の行為により |
| (被害者) | の被った傷病について、健康保険による保険給付を受けた場合は、 | |
| 私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条1項の規定によって、当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異議のないことを、ここに書面をもって申し立てます。 | | |
| なお、あわせて、下記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、必ず事前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、受領日、内容、金額（評価額）をもれなく、すみやかに届出ること。 | | |
| 令和 年 月 日 | | |
| | 被保険者氏名 | 印 |
| ユアサ健康保険組合 理事長殿 | | |

第三者行為における損害賠償請求に関する個人情報の取扱いについて

ユアサ健康保険組合は、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。

個人情報の利用目的の通知、開示、訂正、利用停止等に関するお問い合わせについては下記担当宛にお願いいたします。

【お問い合わせ先】

ユアサ健康保険組合 TEL03-6369-1770

同 意 書

個人情報の取扱いに同意します。

令和 年 月 日

被保険者氏名



負傷者氏名



誓約書 (加害者記入)

年 月 日 (場所) において
(相手) 様の被った 傷病の治療費等 (休業補償を含む健康保険給付)
について、貴組合が立て替えた治療費等は、貴組合から請求を受けたときは過失割合に応じて支払うことを
連帯保証人とともに署名捺印のうえ誓約します。

ユアサ健康保険組合 理事長殿

令和 年 月 日

加害者

住所 〒

電話

氏名

印

連帯保証人

住所 〒

電話

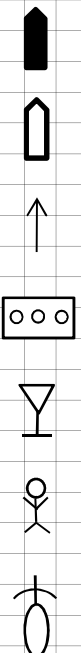
氏名

印

本件についてのご意見 ※加害者に記入・捺印いただけない場合はその理由をご記入ください。

事故発生状況報告書（交通事故用）

※自分の過失が高くても、相手が甲：加害者、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） | 氏名 | | 乙（被害者） | 氏名 | 運転・同乗・歩行 その他（ ） |
| 天候 | 晴・曇・雨・その他（ ） | | 交通状況 | 混雑・普通・閑散 | |
| 道路状況 | 舗装 { してある / してない | 歩道（両・方） { ある / ない | 直線・カーブ | | |
| | 平坦・坂 | 見通し { 良い / 悪い | 積雪路・凍結路 | | |
| 信号又は標識 | 信号 { ある / ない | 駐車禁止 { されている / されていない | その他・標識 | | |
| 速度 | 甲車両 km/h (制限速度 km/h) | : | 乙車両 km/h (制限速度 km/h) | | |
| 事故現場の相手（車）と被害者の状況を図示してください。 | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: right;"> 自車（乙） 相手車（甲） 進行方向 信号 一時停止 人間 自転車 オートバイ </div> <div style="text-align: left;">  </div> </div> | | | | |
| | 上記図の説明を書い | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

別紙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 年 月 日

該
報
告
者
○

に
{
甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名



人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

| | |
|--|---|
| 理由 ※ 該当する項目に ○印をしてください。 ※ 複数に該当する 場合は、すべてに○ 印をしてください。 | ○受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ○受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため ○公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため ○事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____ _____ ○その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____ _____ |
|--|---|

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

| | | | |
|------|----------------------|-------|-------|
| 届出警察 | 警察 担当官 (判明している場合) | 届出年月日 | 年 月 日 |
|------|----------------------|-------|-------|

裏面へ [交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。]

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。

| | | | |
|-----------------------|--------------|-----|-------|
| ○当事者 | 住所 〒 _____ | 記入日 | 年 月 日 |
| ○目撃者 | _____ | | |
| ○その他 () | 氏名 _____ | (印) | |
| ※該当する項目に ○印をしてください | 電話 () _____ | | |

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

| | |
|-----|-----|
| 責任者 | 担当者 |
| | |

| ◆ 確認日 | ◆ 確認先 | ◆ 確認方法 |
|-------|---|---|
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |

◆ その他・特記事項 [_____]

[事案情報] 被害者名: _____ 事故日: _____ 年 月 日]

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

| | | | | | | | |
|-------------|--------------|--------------------|---------------------|---------------------|---|---------|---------|
| 発生年月日時 | | 年 月 日 | | 午前 午後 | 時 | 分頃 | 天候 |
| 発生場所 | | | | | | | |
| 当 事 者 | 甲 | 住所 | 電話 () | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 才 |
| | | 自賠責保 険契約先 | 自賠責保 険 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | | 登録番号 | 事故時の状況 | 運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その他 | | | |
| | 乙 | 住所 | 電話 () | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 才 |
| | | 自賠責保 険契約先 | 自賠責保 険 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | | 登録番号 | 事故時の状況 | 運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その他 | | | |
| | 丙 | 住所 | 電話 () | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 才 |
| | | 自賠責保 険契約先 | 自賠責保 険 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | | 登録番号 | 事故時の状況 | 運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その他 | | | |
| | 丁 | 住所 | 電話 () | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 才 |
| | | 自賠責保 険契約先 | 自賠責保 険 証明書番号 | 第 | 号 | | |
| | | 登録番号 | 事故時の状況 | 運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その他 | | | |
| 戊 | 住所 | 電話 () | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 () 才 | |
| | 自賠責保 険契約先 | 自賠責保 険 証明書番号 | 第 | 号 | | | |
| | 登録番号 | 事故時の状況 | 運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その他 | | | | |

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。