

## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
届出者	被保険者証記号番号(組合名)		
	健康保険組合の住所		
	被保険者氏名	(印)	
(受診者) 被害者	氏名・性別・年齢	歳	
	続柄・生年月日		
	住所・電話		
(加害者) 第三者	氏名・性別・年齢	歳	
	住所・電話		
事故発生	事故発生日時		
	事故発生場所		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名		
	保険契約者名		
	登録番号		
	車台番号		
	保険期間／自賠責番号		
任意保険 (加害者)	保険会社名		
	取扱店所在地・電話		
	担当者名／Eメール		
	保険契約者名		
	住 所		
	保険期間／契約番号		
	任意対人一括の有無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)			
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話		
	所在地		入院の有無
	診療機関名/治療開始日/電話		
	所在地		入院の有無

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

# 事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名	運転・同乗 歩行・その他	
天 候	晴・曇・雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	補装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号(ある・ない)・自車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(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)		Km/h	
事 故 現 場 状 況 図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 150px; margin: 0 auto;"></div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">自 車(乙)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">相手車(甲)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">進行方向</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">信 号</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">一時停止</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">人</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="margin-right: 10px;">自 転 車 バイク</div> </div>					
事故発生 の状況 (経緯)						
上記内容に間違いありません。						
令和 年 月 日			届出者:		印	

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出書に署名または記名押印をして貰ってください。

同 意 書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条の規定により、貴健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、貴健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

届出者（被保険者）

住 所

氏 名

印

T S I ホールディングス 健康保険組合 御中

同 意 書

貴健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者の加入する損害保険会社等を行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

令和 年 月 日

被扶養者・法定代理人

住 所

氏 名

印

(未成年者等氏名： )

(注) 被扶養者が未成年者等の場合には法定代理人が記入して下さい。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
交通事故証明書を入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。

(甲) 住所 令和 年 月 日  
氏名 印 電話( ) -

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所 令和 年 月 日  
氏名 印 電話( ) -