

第三者行為・交通事故・自損事故等による死傷病（事故）届

記入日： 年 月 日

記号番号	—	被保険者名	〒		事業所名称	
事業所所属		所在地	〒		窓口担当者名	TEL
被害者 (受診者)	氏名		年 月 日(歳)	続柄	住所	〒 TEL
	事故内容	歩行中・自動車事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他()				
	警察届出有無	有：人身事故・物損事故 ※注1 (警察署) 無：(理由)				
加害者 (第三者)	氏名	男・女	歳	住所	〒 TEL	
	勤務先又は職業			所在地	〒 TEL	
加害者不明の理由						
事故発生	年 月 日()	時 分頃	発生場所			
	過失度合	(自分) 被害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	(相手) 加害者	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	交渉中
相手側の自動車保険加入状況						
交通事故による死傷病の時	自賠責保険	保険会社名		取扱店所在地	〒 TEL	
		契約者名(名義人)		住所(所在地)	〒 TEL	
		自動車の種別		登録番号		車体番号
	自賠責証明書番号		保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
	自動車保有者名		住所(所在地)	〒 TEL		
	任意保険	保険会社名		取扱店所在地	〒 TEL	
保険契約者名			住所(所在地)	〒 TEL		
契約証書番号			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
任意一括について		有・無		任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。		

注1:物損事故で処理した場合 - 別途「人身事故証明入手不能届」の提出を求める場合があります

受付日付印

治療状況 (治療順)	①	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	②	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	③	名称		入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地		通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
治療見込み(治療終了日)		(年 月 日頃) (年 月 日終了)		注) 治療費の支払区分を医療機関に確認し○で囲んで下さい。治療が終了している時は、最終受診日をご記入下さい。			
休業補償	休業(治療)中の休業補償が有る場合(記号に○印を) ・ 無						
	ア 加害者が負担(保険会社)	イ 職場から支給	ウ 自賠責へ請求	エ 社会保険へ傷病手当金			
示談賠償の支払状況	示談または和解(該当に○印を) ※ 示談している場合は、示談書の写しを添付すること						
	した・交渉中・しない(理由)						
	加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付資料をもらった場合や示談・話し合いの状況を具体的に記入すること						
【受領日・金額】		【受領したものの名目】					
年 月 日		_____円 ()					
年 月 日		_____円 ()					
年 月 日		_____円 ()					
交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)にお場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故状況報告書に記入して下さい。							
(事故発生状況)							

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 TEL		
				乙 (受診者)	氏名	TEL	運転・同乗 歩行・その他
相手方 登録番号 (No.プレート)				交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夕方・夜間・明け方
天 候	晴・曇・雨・雪・霧						
道路状況	舗装	してある してない	・	歩道(両・片)	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	・	自車側信号 (青・赤・)	・	駐停車禁止 されている されていない	・ その他
速 度	甲車両:	km/h(制限速度	km/h)	・	甲車両:	km/h(制限速度	km/h)

事故現場における自動車と被害者の状況(図示)	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)															
																自 車 ▲
																相手車 △
																進行方向 ↑
																信 号 ■
																一時停止 ▼
																人 ♀
																自転車 バイク ♀

上記図の説明をお書き下さい。

別紙、交通事故証明に補足して上記の通りご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 () 氏名 _____ ㊞

同意書

私が自動車事故で被った傷病により受けた健康保険法による保険給付は、健康保険法第57条の規定により、三井製糖北糖健康保険組合が保険給付の価額の限度において私が加害者に対して有する賠償請求権を取得することになります。

つきましては、三井製糖北糖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に行なう際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書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、三井製糖北糖健康保険組合は受領金額なら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。

年 月 日

同意者（自賠責保険請求者）

住 所

氏 名

Ⓜ

Tel

三井製糖北糖健康保険組合 理事長 殿

損害賠償金納付確約書・念書

年 月 日 (受診者氏名) _____ に傷害を負わ

せましたが、この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において、三井製糖北糖健康保険組合が代位取得し、三井製糖北糖健康保険組合から損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において納付することを確約しますので、保険給付して下さい。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金が不足した場合で、三井製糖北糖健康保険組合が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

年 月 日

損害賠償支払義務者 (未成年の場合は親権者)

住 所

氏 名

Ⓜ

TEL

三井製糖北糖健康保険組合 理事長 殿

【本件についてのご意見】 ※ご意見があればご記入下さい。

.....
.....
.....