決裁	常務理事	事務長	課長	係長	係員

第三者行為による傷病届

（その1）

ボールペンでご記入ください。

被害者	被保険者等記号番号	記号 番号	フリガナ 氏名			
				昭・平　年　月　日生（　才）		
	現住所			TEL　（　）		
	被保険者の勤務先	事業所名		TEL　（　）		
	被扶養者が被害者であるとき	フリガナ				
		氏名		昭・平・令　年　月　日生（　才）	続柄	
		住所・電話	〒　－ TEL　（　）			

事故相手	加害者	フリガナ	
		氏名	昭・平　年　月　日生（　才）
		現住所	〒　－ TEL　（　）
	加害者の住所氏名が不明の場合その理由		

事故の内容	事故発生日・場所	事故日時	平・令　年　月　日（　）午前 午後　時　分頃		
		場所			
	事故発生時の状況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外（　）		
		加害者（事故相手）	自動車・バイク・自転車・歩行者・交通事故以外（　）		
	所轄警察署	警察に届出済（＊）・届出なし・不明		名称	警察署

示談状況	示談は成立していますか	成立している	平・令　年　月　日　成立	
		成立していない・交渉中	平・令　年　月　日　現在	
	成立していない場合はその理由			
	請求権を放棄した場合	平・令　年　月　日	理由	

※ この届には次の書類を添付してください。

①事故発生状況報告書

②同意書

③事故証明書の原本　又は（写）

＊ 物損事故で処理した場合、別途「人身事故証明入手不能理由書」の提出を求める場合があります。

受付印

（その2）

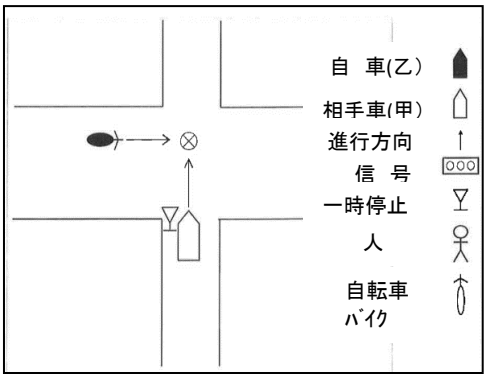
<table>
<tr><td rowspan="11">加害者（相手方）の賠償保険加入状況</td><td rowspan="6">自動車保険</td><td rowspan="4">自賠責保険</td><td>保険会社名</td><td colspan="2"></td><td>担当者</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">〒　　－
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>車台番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>契約期間</td><td colspan="2">年　月　日 ～　年　月　日</td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>証明書番号</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">契約者</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">任意保険</td><td>保険会社名</td><td colspan="2"></td><td>担当者</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="2">〒　　－
TEL　（　　）</td><td>フリガナ
契約者</td><td></td></tr>
<tr><td>契約期間</td><td colspan="2">年　月　日 ～　年　月　日</td><td rowspan="2">任意一括
＊注(1)</td><td rowspan="2">有 ・ 無</td></tr>
<tr><td>証明書番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">個人賠償責任保険等</td><td>保険会社名</td><td colspan="2"></td><td>担当者</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4">〒　　－
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>契約期間</td><td colspan="2">年　月　日 ～　年　月　日</td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>証明書番号</td><td colspan="2"></td><td>契約者</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被害者の人身傷害保険</td><td>加入の有無
有 ・ 無</td><td colspan="4">保険会社名　　担当者
TEL　　（　　）</td></tr>
</table>

＊注(1) 任意一括とは、自賠責保険を含めて任意保険会社が一括して対応している場合です。

<table>
<tr><td rowspan="5">治療状況</td><td>診療機関名／治療開始日／電話</td><td colspan="3">診療機関名　　治療開始日　平 ・ 令　年　月　日
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒　　－</td><td>入院の有無</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>診療機関名／治療開始日／電話</td><td colspan="3">診療機関名　　治療開始日　平 ・ 令　年　月　日
TEL　　（　　）</td></tr>
<tr><td>所在地</td><td>〒　　－</td><td>入院の有無</td><td>有・無</td></tr>
<tr><td>治療費の支払い方法</td><td colspan="3">健康保険・被害者負担・加害者負担(自賠責支払)･その他（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">損害賠償</td><td>相手方に対する損害賠償の請求状況</td><td>すでに請求済 ・ 現在のところ未請求</td></tr>
<tr><td>相手方からの損害賠償金等の受領状況</td><td>受領済 ・ 受領していない</td></tr>
</table>

事　故　発　生　状　況　報　告　書

甲（相手・加害者の運転者）	氏名		乙（被害者被保険者・被扶養者）	氏名		運転・同乗・歩行その他(甲車以外の車)	
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	舗　装　してある　していない　歩道（両・片）　ある　ない　道路状況　直線・カーブ 傾　斜　平　坦　坂　見　通　し　良い　悪い　積雪路・凍結路・濃霧						
信号又は標識	信　　号　ある　ない　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　　km/h（制限速度　　km/h）甲車以外の車　　km/h（制限速度　　km/h）						
事故発生状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) **（記載例）** 						
上記図の説明							

別紙交通事故証明に補足して上記の通りご報告いたします。

令和　　年　　月　　日

報告者　甲との関係　（　　）　氏　名　　㊞

乙との関係　（　　）

（必ず押印をお願いします）

（被保険者・被扶養者用）

念　書　　兼　同　意　書

事故発生日	令和　　年　　月　　日
事故発生場所	
被害者名	
加害者名	

1. 上記の事故に関して、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。

（1）加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴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。

2. 上記の事故に関して、私が健康保険法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条の規定によって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ついて異議はありません。

3. 上記の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。

（1）健康保険組合が私の保険の給付及び上記の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）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。

（2）健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。

（3）この念書兼同意書をもって上記の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の同意を含むこと。

（4）この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和　　年　　月　　日

被保険者　　住　所

氏　名　　㊞

電話番号

被扶養者　　住　所

氏　名　　㊞

電話番号

（必ず押印をお願いします）

治 療 終 了 報 告 書

愛知県情報サービス産業健康保険組合　殿

住 所

氏 名

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので報告致します。

記

1.事故発生年月日　　令和　　年　　月　　日

2.事故発生場所

3.被害者

4.加害者

5.治療終了年月日　　令和　　年　　月　　日

※ なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせて報告いたします。

※「治療終了報告書」は、症状固定または治療終了の際に当組合へご提出ください。

人身事故証明書入手不能理由書

■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	

次頁へ　（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、次頁の事故当事者、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。

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

○当事者 ○目撃者 ○その他（　　） ＊ 該当する項目に○印をしてください	住　所　〒　　記入日　　年　月　日 氏　名　　㊞ 電　話　（　　）

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険者に請求（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、賠償を受けた側の肩、または目撃者の方がご記入ください。

（保険会社使用欄）

責任者	担当者

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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆確認日	◆確認先	◆確認方法
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談
年　月　日	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談

◆　その他・特記事項

【事案情報　被害者名：　　事故日：　　】

○交通事故概要記入欄

（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。）

<table>
<tr><td colspan="3">発生年月日時</td><td colspan="4">天候</td></tr>
<tr><td colspan="3">発生場所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="16">当事者</td><td rowspan="4">甲</td><td>住所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">（　　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転者</td></tr>
<tr><td rowspan="4">乙</td><td>住所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">（　　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丙</td><td>住所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丁</td><td>住所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">戊</td><td>住所</td><td colspan="4">電話</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td colspan="2">第　　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td colspan="2">運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
</table>

※　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。