

三菱製紙健康保険組合 殿

第三者行為・自損事故による傷病届 兼 同意書

本人・家族 平成〇〇年〇〇月〇〇日

事故	被保険者証	記号	000	氏名	三菱 太郎
		番号	000000	現住所	〇〇県〇〇市〇〇町1-1
該当者	被保険者が勤務している事業所	名称	〇〇〇〇株式会社 〇〇工場		
		所在地	〇〇県〇〇市△△町1 TEL 000 (000) 0000		
	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	
事故相手	事故相手	氏名	加害 一郎	生年月日	明・大・昭・平 ×年 ×月 ×日
		現住所	××県××市××町1-1 TEL 111 (111) 1111		
相手	事故相手の勤務先	名称	××××株式会社		
		住所	××県××市△△町1 TEL 222 (222) 2222		
	加害者が不明の場合その理由				
内容	傷病名	骨折	発生日	平成××年××月××日 午前・後 ×時 ×分頃	
	発生の場所	××県××市××町交差点			
	事故の概要	交差点で信号待ちをしていたところ、相手車が止まりきれず、			
		後方から追突された。顔面をハンドルにぶつけて鼻を骨折した。			
種別	自動車・単車・自転車・歩行・その他()				
損害の程度	傷害状況	全治 1ヶ月	物損状況		
	所轄署	〇〇〇 警察署 〇〇〇 派出所	未届(理由)		
過失の度合(わかる範囲で)	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		

【医療照会に関する同意】

健康保険組合が事故受傷に係る治療費(健保負担分)の請求に際し、関係書類(診断書、診療報酬明細書等)の写しを損害保険会社に提出することを同意します。

【注1】 転医、退院、治療の終了、示談の場合はその都度報告してください。

【注2】 健康保険法第116条(犯罪又は故意による場合)及び第117条(闘争、泥酔又は著しい不行跡による場合)に該当する場合には給付が制限されます。

受付日付印

※ 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。

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第 0000 号	当事者	甲（事故相手）	氏名 （電話）	加害 一郎 111-111-1111
自動車の番号	000000		乙（被保険者 又は被扶養者）	氏名 （電話）	三菱 太郎 000-000-0000
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・してない] 歩道 (両・片) [ある・ない] 直線・カーブ 平地・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] 駐停車禁止 [されている・されていない] その他の標識				
速 度	甲車両 3 km/h(制限速度 60 km/h) ・ 乙車両 0 km/h(制限速度 60 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との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。）				
事故発生の状況	交差点で信号待ちをしていたところ、相手車が止まりきれず、後方から				
	追突された。顔面をハンドルにぶつけて鼻を骨折した。				
示談状況	示談は [済んだ・済んでいない]				

上記のとおりご報告申し上げます。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

報告者 甲との関係 (〇〇〇〇)

乙との関係 ()

〇〇 〇〇

(印)

1. (事故相手方)の自動車損害賠償保険契約等の内容について

契約内容		保険の種類	自 賠 責 保 険	任 意 保 険
自動車保険証明番号				00000
保 險 会 社 名				〇〇〇〇損保
保 險 契 約 者	住 所			××県××市××町1-1
	氏 名			加害 一郎
自 動 車	種 別			自家用
	登録(車両)番号			東京〇〇あ〇〇〇〇
	車 台 番 号			〇〇〇-〇〇〇〇
保 險 契 約 期 間			自 平 成 年 月 日 至 平 成 年 月 日 () 年間	自 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 (〇) 年間
車 両 の 保 有 者	住 所		〒 -	〒 111 - 1111 ××県××市××町1-1
	氏 名			加害 一郎
損 害 賠 償 金 支 払 請 求 先 店 名	所 在 地			△△県△△市△△町1
	名 称 及 び 担 当 課 名			〇〇〇〇損保 損害サービス1課
	担 当 者 名			損保 次郎
	電 話		() -	(333) 333 - 3333

2. (被保険者又は被扶養者)の自動車損害賠償保険契約等の内容について

※ 任意保険に 人身傷害補償保険 を組込んで (1. いる 2. いない)

1. いる 場合 → 損害保険会社名 〇〇〇〇保険会社

名称 及び 担当者名

電 話 (444) 444 - 4444

今回使用して (1. いる 2. いない)

※ 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。

(被保険者又は被扶養者)

三菱製紙健康保険組合 殿

念書兼同意書

事故発生日	平成 ××年 ××月 ××日	事故発生場所	××県××市××町
被保険者又は被扶養者氏名	三菱 太郎	事故相手氏名	加害 一郎

- 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、私の有する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）に対する被害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障害保険等取扱い保険会社（共済）等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の同意を含むこと。
 - この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1

氏 名 三 菱 太 郎



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。

(事故相手方)

三菱製紙健康保険組合 殿

誓 約 書

(被保険者又は被扶養者)

平成××年××月××日に発生した事故により治療中の **三菱 太郎** 殿の医療費につき貴健康保険組合の立替え払いをお願いいたします。

後日、貴健康保険組合より 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することを誓約いたします。

なお、併せて連帯保証人は次の事項を遵守する事を誓約いたします。

「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 **××県××市××町1-1**

氏 名 **加害 一郎** (加害)

事故の相手方にご記入頂いて下さい。

(連帯保証人)

住 所 **××県△△市△△町1-1**

氏 名 **保証 一郎** (保証)

TEL (111) 111-0000

【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。

治療状況書

(※該当項目に○又は記入してください)

この事故で医師の 治療を受けたか	<input checked="" type="radio"/> 受けた ・ <input type="radio"/> 受けない
支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 ・ <input type="radio"/> 加害者負担 ・ <input type="radio"/> 自費 ・ <input type="radio"/> その他 ()
治療の現状	平成 ○○年 ○○月 ○○日 現在 <input type="radio"/> 現在入院中 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 ・ <input type="radio"/> 治癒 ・ <input type="radio"/> 中止 ・ <input type="radio"/> 症状固定
入院・通院 治療期間	入院 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 通院 自 平成○○年○○月○○日～至 平成○○年○○月○○日
後遺症	<input type="radio"/> ある ・ <input type="radio"/> ある見込 ・ <input type="radio"/> ない ・ <input checked="" type="radio"/> ない見込 ・ <input type="radio"/> 不明
治療見込	平成 ○○年 ○○月 ○○日から約 ○ 日 (約 ヶ月) くらい



	上記治療を健康保険で受診の場合	上記治療を自由診療で受診の場合
医療機関名	○○○○病院	
所在地	○○県○○市□□町 1	
TEL	(000) 000-1111	() -
診療開始日	平成 ○○年 ○○月 ○○日	平成 年 月 日
医療機関名		
所在地		
TEL	() -	() -
診療開始日	平成 年 月 日	平成 年 月 日

※ 転院・退院・治療終了されましたら健康保険組合までご一報ください。

※ 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。