

1

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	被保険者氏名	昭・平 年 月 日生（才）		
		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	被扶養者氏名	昭・平・令 年 月 日生（才）		続柄		
加害者 (相手方)	氏名	(フリガナ)	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	〒 TEL			
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」 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			
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

※ 交通事故証明書が【物件事故】の場合は、⑥「人身事故証明書入手不能理由書」に記入押印のうえ提出してください。

2. 診断書コピー（任意）

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

2

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							
現在の治療状況 (①～③のいずれかに○、記入をしてください)		① 現在も治療中 (年 月頃 治療終了予定)							
		② 年 月 日 受診終了							
		③ 年 月 日 症状固定							

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 至 年 月 日 (ヶ月)				自 年 月 日 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									

同意書

3

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条により、保険者（関東ITソフトウェア健康保険組合）が保険給付の限度において取得することになります。

ついては、次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加害者側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。
- ④治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

あわせて、私の個人情報について、保険者が定める個人情報保護に関する基本方針（プライバシーポリシー）等のほか、次のとおり取り扱うことに同意します。

- ①「第三者の行為による傷病届」に記載されている個人情報について、損害賠償請求を目的として保険者が利用するとともに、負傷者等に対し電話・郵便等により内容確認の連絡をすること。
- ②保険者が損害賠償請求を行うために、医療機関及び損害保険会社等から個人情報を取得すること。
- ③保険者が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加害者が契約する損害保険会社等に対し提供すること。
- ④保険者が加害者に対して直接損害賠償請求を行うために、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・郵便等により提供すること。

※第三者の行為により保険給付を受ける際は、保険者へ届出ることが健康保険法施行規則第65条により被保険者に義務付けられております。なお、保険者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手続が完了しない可能性があります。

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】

関東ITソフトウェア健康保険組合 個人情報保護部門管理者 求償課長 TEL03-5925-5326

上記取扱につき誓約、同意します。

負傷者（未成年の場合は親権者等）

年 月 日 氏名 _____

負傷者との関係 本人・親権者・法定代理人等 _____



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のうえ誓約します。

関東 I T ソフトウェア健康保険組合 理事長殿

年 月 日

加害者

住所 〒

電話

氏名 _____

連帯保証人

住所 〒

電話

氏名 _____

本件についてのご意見 ※加害者に記入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）

5

※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。									
	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 									
上記図の 説明を 書い て く だ さ 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。

年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ）

氏名



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。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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】 <input type="radio"/> 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、関係者の署名または記名をお願いします。

◆ 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	_____	
※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。