第三者行為による傷病届（交通事故）記入例

提出日　〇〇 年　〇〇 月　〇〇 日

被保険者記入欄（該当する□に✓）

被保険者等記号番号	記号	99	番号	99999	被保険者氏名	ふりがな	けんぽ　たろう 健保　太郎
会社名	(株)〇〇商事				所属	営業部〇〇課	
連絡先	自宅TEL（ 03 ） 1111 ― 1234				携帯TEL（ 090 ） 1234 ― 5678		
事故にあった人	氏名	ふりがな　けんぽ　はなこ 健保 花子	続柄	妻	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	
事故発生日時	●● 年 ●● 月 ●● 日　☑午前 □午後 10 時 50 分 頃						
事故発生場所	東京 (都)・道・府・県　××市の〇〇町南交差点						
事故の形態	当方 ： □徒歩 □自転車 □オートバイ □乗用車 □同乗 ☑その他（ 自転車 ） 相手 ： □徒歩 ☑自転車 □オートバイ □乗用車 □その他（ ）						
事故発生時	□通勤途中 □勤務中 ☑その他（ 買い物から帰る途中 ）						
届出警察署	△△ 警察署						
受診した医療機関	名称	〇〇整形外科	TEL	（ 03 ） XX ― XXXX			
	住所	東京 (都)・道・府・県　△△市□□町×－×－××					
病院窓口での負担	□相手方(保険会社)負担 ☑本人負担 □その他（ ）						
当方の任意保険	人身傷害保険を ☑使用した・する □使用しない						
	保険契約者	氏名	健保　太郎	TEL	03-1111-1234		
		住所	〒000-0000 東京都△△市□□町〇－〇－〇〇				
	保険会社	名称	〇●損害保険㈱	担当者	保険 付		
		住所	〒000-0000東京都△△市▲▲町△－△	TEL	03-9999-9999		
	証書番号	第 11-9876542 号					
事故相手		氏 名	住 所	TEL			
	運転者	加害 一郎	〒000-0000 〇〇県□□市××町5－6	080-9876-5432			
	車両保有者		〒				
相手方の自賠責保険		氏 名	住 所	TEL			
	保険契約者	加害 一郎	〒000-0000 〇〇県□□市××町5－6	080-9876-5432			
	保険会社	名称	〇●損害保険㈱	担当者			
		住所	〒000-0000 東京都△△市▲▲町△－△	TEL			
	証書番号	ABCDE123					
相手方の任意保険		氏 名	住 所	TEL			
	保険契約者						
	保険会社	名称		担当者			
		住所		TEL			
	証書番号						

相手方、相手方の保険会社に聞いて書く、または書いてもらってください

【注意事項】
- 健康保険を使用する場合は（使用したときは直ちに）、健保組合に連絡してください。**連絡がない場合は健康保険の使用を不許可とします。**
- 本紙とともに、念書、事故発生状況報告書、交通事故証明書を提出してください。
- 記入はボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

健保記入欄

制限条項	□第57条（第三者行為） □第116条（故意） □第117条（不行跡）			
給付制限	付加金	医療費	傷病手当金	その他
求償請求	□請求権なし □免除 □放棄 □不能 □その他（ ）			
請求方法	□自賠責 □任意一括 □その他（ ）			

決裁	常務理事	事務長	担当	健保受付印

ロジスティード 健康保険組合

記入例

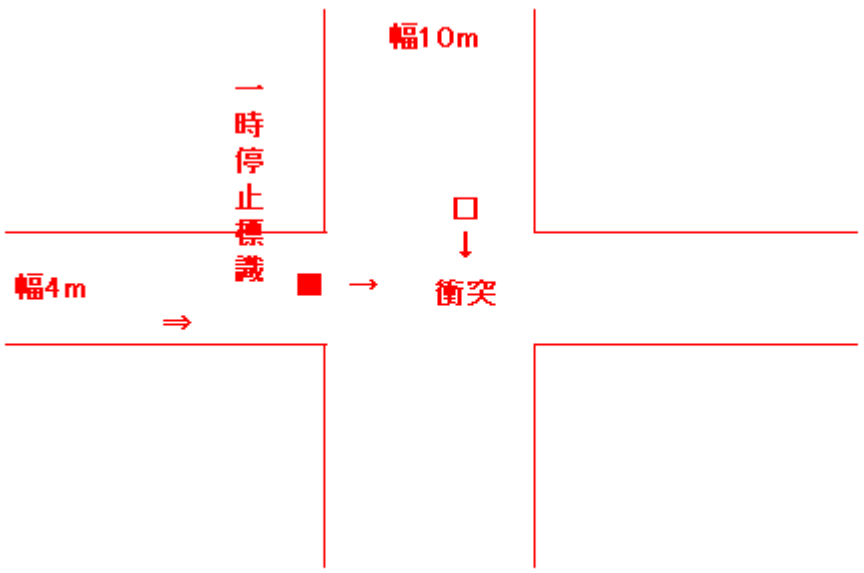
事故発生状況報告書

◆自動車安全運転センター発行の交通事故証明書を必ず添付してください

当事者	甲（相手方）	氏名	加害　一郎				
	乙（当方）	氏名	健保　花子		☑運転　□同乗　□歩行 □その他（　　）		
速度	甲車	40　km/h	乙車	30　km/h	道路状況	□混雑　☑普通 □閑散	☑見通しよい □見通し悪い

事故発生状況を図で描いてください

【事故発生状況概略図】



道幅をmで記入

■甲車

□乙車

◇甲車・乙車以外

○人

↑進行方向

◎信号

⇒一方通行

上記図の説明を書いてください

△△市○○町内の交差点を通行時、相手方の甲車が一時停止線で停止を怠り交差点に侵入したため、当方、乙車が甲車の左前部に衝突した。

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおりご報告します。

○○年○○月○○日

報告者　甲との関係（　　）
乙との関係（　夫　）
〒000-0000
住所　東京都▲▲市○○町 1-1

氏名　健保　太郎　㊞健保
（必ず記名、押印してください）

記入例

ロジスティード健康保険組合　御中

念　　書（被保険者用）

●●年　●●月　●●日、(事故発生場所)　東京都××市〇〇町南交差点　における相手方(氏名)　加害　一郎　との事故により、当方(受診者氏名)　健保　花子　の被った保険事故について健康保険法による給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。
3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。
4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。
5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。
6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。
7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。
8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受けまた情報を提供することについて同意する。
9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

〇〇年　〇〇月　〇〇日

必須：被保険者欄のご記入・署名・捺印をお願いいたします。

被保険者　〒000-0000

住所　愛知県△△市□□町〇－〇－〇〇

氏名　健保　太郎　健保印

受診者が被扶養者の場合は、こちらにもご記入と署名・捺印をお願いいたします。

被扶養者　〒000-0000

住所　愛知県△△市□□町〇－〇－〇〇

氏名　健保　花子　健保印　(受診者が未成年者の場合は、捺印不要)

記入例

ロジスティード健康保険組合　御中

念　　書（相手方用）

●●年●●月●●日、(事故発生場所)　東京都××市〇〇町南交差点　において私(当事者甲氏名)　加害　一郎　と貴健保組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名)　健保　花子　との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちにお支払いいたします。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

2. 貴健康保険組合被保険者・被扶養者等と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

3. 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

〇〇年　〇〇月　〇〇日

当事者甲　〒000-0000

住所　愛知県□□市××町 5－6

氏名　加害　一郎　加害㊞

当事者甲が未成年の場合は親権者等

住所　〒

氏名　㊞　(当事者甲との関係)：

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

住所　〒000-0000　愛知県△△市▲▲町△－△

氏名　〇●海上火災保険株式会社　担当：賠償　賠償㊞

記入例

（表面）

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

（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

警察への届出が物件事故扱い、事故の届出をしていない、事故証明書にお名前が記載されていない場合など、人身事故扱いの事故証明が発行できない時にご提出ください。

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 ○ 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	○○ 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

事故の相手、もしくは目撃者による記入・署名・捺印

■ 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

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

○ 当事者	住　所　〒 ×××-×××× 記入日 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
○ 目撃者	○○県□□市××町5－6
○ その他（　　）	氏　名　加　害　一　郎　加害 ㊞
※ 該当する項目に○印をしてください	電　話　○○○（○○○）○○○○

（注）当欄は、賠償を求める例、事故 （法第10条請求）する場合には、保険契約者例（契約者、運転者など）の 場合には、賠償を受け

この欄には原則的に相手方の住所、署名・捺印が必要です。
相手方からもらえず、やむなく当人が記入する場合は、負傷者が署名・捺印をしてください。あわせて、その理由を用紙下部の余白に書いてください。

例）
・過失割合に相違があり、同意が得られないため相手方から証明がもらえなかった。
・相手が協力をしてくれない。・・・・・

（保険会社使用欄）　該当する 当者

□ 人身事故としての警察への届

□ 請求関係書類の確認により、

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：　年　月　日 】

交通事故証明書が発行されない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前が記載されていない場合は、事故当事者・発生日時・発生場所等を記入してください。

〇交通事故概要記入欄

（物件事故扱いの交通事故証明書　　記載不要です。）

発生年月日時			〇〇　年　〇　月　〇　日　午前 (午後)　10　時　15　分頃　天候　晴れ		
発生場所			東京都××市〇〇町南交差点		
当事者	甲	住所	〇〇県□□市××町5－6　電話　〇〇（　〇〇　）〇〇〇〇		
		氏名	加害　一郎	生年月日	××年×月××日(××)才
		自賠責保険契約先	〇●海上火災保険	自賠責保険証明書番号	第　ABCD123　号
		登録番号	横浜◆◆あ●●●●	事故時の状況	(運転)・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所		電話　（　）	
		氏名	健保　花子	生年月日	××年×月××日(××)才
		自賠責保険契約先	◇×〇損保	自賠責保険証明書番号	第　XYZ98765　号
		登録番号	横浜▼▼い0・000	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	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	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	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。