

常務理事	事務長	係

第三者の行為による傷病届(被保険者・被扶養者)

保険証 記号 — 番号		被保険者氏名						
		生年月日	昭・平 年 月 日					
被保険者の住所	〒 TEL							
被保険者が勤務している事業所	名 称	TEL						
	所在 地	〒						
第三者(相手方)	氏 名							
	生年月日	昭・平・令 年 月 日 生 TEL						
	現 住 所				勤 務 先 名 称			
第三者の使用主 又は保護者	氏 名	TEL						
	現 住 所	〒						
第三者の氏名住所 が不明な場合	その理由							
事故 内 容	傷 病 名							
	発 生 年 月 日	年 月 日() 午前・午後 時 分頃						
	事 故 発 生 場 所							
	発 生 時 の 状 況	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他()						
	種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打殺傷・その他()						
	事 故 結 果	即死・入院直後死亡・入院中死亡(死亡 年 月 日)・治療						
	警 察 へ の 届 出 有 無	有: 人身事故・物損事故(警察署)・無:理由()						
	過 失 の 度 合 い	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					
治療 を 受 け た と き	医療機関(数箇所ある場合 は余白に名称を記載)	名 称	TEL					
		所 在 地	〒					
	支 払 方 法	健康保険証使用 あり・なし 窓口での支 払 本人・相手・保険会社・その他()						
	治 療 開 始	年 月 日入院(月 日まで)・通院						
	転 帰	年 月 日現在 入院中・通院加療中・治癒・中止						
	後 遺 症	ある・ある見込・ない・ない見込						
	治 療 見 込 (治 療 終 了 日)	年 月 頃予定 (年 月 日 終了)						
	被扶養者が受けた事故であるときは、その者の							
氏 名								
生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日 生			被保険者との続柄				
上記のとおりお届けします。								
ワールド健康保険組合理事長 殿				令和 年 月 日				
被保険者氏名				印				

加 害 者 の 自 動 車 保 険 加 入 状 況	(加害者の)保険の加入状況		自賠責保険(有・無)　任意保険(有・無)			
	自 賠 責 保 険	契約者 (名義人)	住 所	〒		
			氏 名	TEL		
		保険加入証明書番号				
		保険会社	名 称	TEL		
			所 在 地	〒		
		取扱窓口	担 当 者 名			
	名 称		TEL			
	所 在 地		〒			
	任意保険	担 当 者 名				
契約者		住 所	〒			
		氏 名	TEL			
保険加入証明書番号						
任意一括の有無		有	・ 無			
保険会社	名 称	TEL				
	所 在 地	〒				
	担 当 者 名					
保険金の請求をしましたか		した(年 月 日) しない				
被害者加入の保険会社の関与の有無※		有・無	保険会社名:	担当者名:		
		TEL:				
損 害 賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	損害賠償請求権の放棄について		放棄した	放棄していない		
			放棄した理由			
	保険会社からの賠償金の受領は		した(請求者名) しない 請求中			
	加害者に対する損害賠償の請求		していない した(口頭・文書 年 月 日) (治療費・休業補償・その他)			
	第三者 (加害者) から 損害 賠償 をうけた とき	損害賠償の種類		加害者へ直接賠償・保険会社からの賠償		
		休業補償		休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ア 加害者が負担 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 オ その他(被害者加入の人身傷害保険へ請求など) ヘ請求予定		
		示談の状況・損害賠償の支払状況		示談または和解(該当に○をつける) ※示談している場合は示談書の写し添付を 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・付添料などもらった場合や示談・話し合いの状況を具体的に記入してください		
				受領日・金額	受領したものの名目	
				月 日 円		
		月 日 円				
		月 日 円				

※保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

事故発生状況報告

事故証明書番号	第号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他
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	補装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・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・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(されている・されていない)・その他標識()					
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)	乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
事故発生の状況(経緯)						
上記内容に間違いありません。						
令和 年 月 日		届出者:			印	

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能ですが。ただし、その場合には、

当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出書に署名または記名押印をして貰ってください。

同 意 書

私が加害者()に対して有する損害賠償請求権は、法令により貴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。

つきましては、貴健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細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、貴健康保険組合は受領金額並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。また、本同意書の写しも有効であることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、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。

令和 年 月 日

届出者(被保険者)

住所

氏名

印

ワールド健康保険組合 御中

損害賠償金納付確約書・念書

令和 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格の限度において、ワールド健康保険組合が代位取得し、ワールド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、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、ワールド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。

令和 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

印

Tel

【本件についてのご意見】※ご意見があればご記入ください。

人身事故証明書入手不能理由書

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 ※ 該当するものにチェック(レ)を入れてください。 ※ 複数に該当する場合は、全てにチェック(レ)を入れてください。	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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

■ 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。			
<input type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> その他()	住所 : 〒 氏名: 電話 : ()	記入日	年 月 日

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

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

※ 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。

発生年月日日時	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	年 月 日 ()才			
		自賠責保険		自賠責保険	第 号			
		契約先		証明書番号				
		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	年 月 日 ()才			
		自賠責保険		自賠責保険	第 号			
		契約先		証明書番号				
		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	年 月 日 ()才				
	自賠責保険		自賠責保険	第 号				
	契約先		証明書番号					
	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		自賠責保険	第 号				
	契約先		証明書番号					
	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		自賠責保険	第 号				
	契約先		証明書番号					
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				

記入例

交通事故の相手に記入してもらう書類です

ワールド健康保険組合 御中

損害賠償金納付確約書・念書

令和2年4月1日 (受診者氏名) 健保 太郎 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格の限度において、ワールド健康保険組合が代位取得し、ワールド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、保険給付してください。

また、自動車賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、ワールド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。

令和 2 年 4 月 20 日

相手方の任意保険会社がご対応される場合は、
そちらの署名捺印でも構いません。

損害賠償支払義務者(未成年の場合は親権者)

住所 神戸市中央区〇〇-〇-〇

氏名 ○○ ○○ 印

Tel 090 = 4567 = 8900

【本件についてのご意見】※ご意見があればご記入ください。

加害者（相手方）から署名がもらえなかった場合、その理由を被害者（被保険者）が

記入してください。

(例) こちら側の過失が大きかったため相手に署名してもらえなかった など

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

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	<p><input checked="" type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>理由:</p> <p><input type="checkbox"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p>理由:</p>		
◆ 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	神戸警察 兵庫 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和2年 4月 15日

- 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。			
<input checked="" type="checkbox"/> 当事者 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> その他()	住所: 〒 123-4567 兵庫県●●神戸市中央区○○町1番2-3 氏名: 健保 太郎 印 電話: 090 (1234) 5678	記入日 2年4月25日	

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない場合はその理由を枠内に記入し、被害者の署名・捺印をしてください

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する
擊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、人身事故の事実に相違ないことを

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
◆ その他・特記事項		

確認しました。

【 事案情報

被害者名:

事故日: 年 月 日】