

第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
(被 届 出 者 名)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号		保険者名 大阪府貨物運送健康保険組合		
	届 出 者 情 報 を 記 入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日		
住所 / 電話		〒	TEL ()			
(受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()			
(第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名				
	住所 / 電話	〒	TEL ()			
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分頃				
	事故発生場所(住所)					
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の対象となる業務上又は通院通勤途上での事故ではありません。 (事故発生状況報告書・当方の負傷状況欄で確認し、チェック)			<input type="checkbox"/>	
自 (相 責 手 保 険)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 氏 名			
	登録番号 / 車台番号 (ナンバープレート)	登録番号	車台番号			
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間	自賠償証明書番号 第 号			
任 意 保 険 (相 手 方)	保険会社名 / 電話	保険会社名	TEL ()			
	取扱店所在地	〒				
	担当者名 / 担当部署	ふりがな 氏 名	担当部署			
	保険契約者氏名	ふりがな 氏 名				
	住 所	〒				
	保険期間 / 契約番号	保険期間	契約番号 年 月 日 ~ 年 月 日 第 号			
	任意対人一括の有無	有 / 無				
当 方 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署			
		担当者氏名	TEL ()			
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了(見込)については可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
		〒	治療終了(見込) 年 月 日			
				TEL ()		
		② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日	
		〒	治療終了(見込) 年 月 日			
				TEL ()		
③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日	年 月 日			
〒	治療終了(見込) 年 月 日					
		TEL ()				
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>			

大阪府貨物運送健康保険組合 御中

同 意 書

貴健康保険組合が損害賠償額を加害者及び加害者の加入する損害保険会社等に求償する場合には、当該保険給付にかかる 診療報酬明細書の写しを添付のうえ、通知することに同意いたします。

また、加害者(第三者)及び損保会社等に対して、損害賠償請求する場合、署名捺印者等の個人情報に関して、医療機関等に対し、調査する権限及び負傷原因等の照会を貴健康保険組合あて委任することに同意いたします。

(西暦) 年 月 日

被扶養者・法定代理人

住 所

氏 名

印 (朱肉)

(未成年者等氏名：)

(注) 被扶養者が未成年等の場合には法定代理人が記入して下さい。

大阪府貨物運送健康保険組合 御中

同意書

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条の規定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を加害者及び加害者の加入する損害保険会社等に求償する場合には、当該保険給付にかかる診療報酬明細書の写しを添付のうえ、通知することに同意いたします。

また、私が損害保険会社等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、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医療機関等に照会を行い、また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いたします。

また、併せて、下記の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1、加害者（保険会社）と示談を締結する場合は、必ず事前にその内容を貴健康保険組合に連絡いたします。（※弁護士に委任している場合も同様とします。）
- 2、加害者（保険会社）に白紙委任状等を渡さないことを誓約いたします。
- 3、加害者側（保険会社等）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額を洩れなく、すみやかに貴健康保険組合に届出いたします。
- 4、治療の完了及び症状固定した場合には、治療終了日や症状固定日等を事前に貴健康保険組合あて、連絡報告することを誓約いたします。

(西暦) 年 月 日

届出者（被保険者）

住 所

氏 名

印（朱肉）

事故発生状況報告書

当事者	当方	氏名	<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他	相手方		
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	明け方・昼間・夕方・夜間	
道路状況	舗装：（してある・していない） ・ 歩道：（ある・ない） ・ 道路の見通し：（良い・悪い） 中央車線：（ある・ない） ・ 道路状況：（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） ・ 相手側信号：（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	自車両	km/h(制限速度	km/h)	相手車両	km/h(制限速度	km/h)
事故現場の状況を図示してください	（右の記号を使って当方の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。）					
	表示符号					
						自車 
						相手車 
						進行方向 
						信号 
						一時停止 
						人 
						自転車 } 
						バイク } 
					接触地点 	
上記図の説明を 書いてください						
(被保険者又は被扶養者) 当方の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日、休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 出勤の途中 <input type="checkbox"/> 退社して帰宅中 <input type="checkbox"/> 仕事の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <small>(パート・アルバイト含む)</small> <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他()				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	何をしていた時 何をしに行くとき					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します

令和 年 月 日

該当する方にチェック
 報告者 当方 との関係()
 相手方

氏名 _____ (印)

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。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 該当する項目にレ印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてにレ印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>		
◆ 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・捺印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目にレ印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ (西暦) 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____</p> <p>携帯電話 _____</p>

(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) 該当する口のすべてに✓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 】

○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。)

しかしながら、万一、事故証明書に自賠責番号等の漏れがある場合はその限りではありません。

発 生 年 月 日		年 月 日 ()		午前 午後	時 分頃 (天候)	晴 曇り 雨
発 生 場 所		(事故現場住所)				
当 事 者	甲	住 所		(携帯電話) — —		
		氏 名	生 年 月 日	大・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		(携帯電話) — —		
		氏 名	生 年 月 日	大・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		(携帯電話) — —		
		氏 名	生 年 月 日	大・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		(携帯電話) — —		
		氏 名	生 年 月 日	大・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		(携帯電話) — —			
	氏 名	生 年 月 日	大・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。