

第三者行為・自損事故による傷病届 兼 同意書

(→ どちらかに○印をつける)

(本人 ・ 家族)

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|--|-------------|--|------------------------------------|------------------------------------|----|-----|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|----|----|
| 申請者 | 被保険者証記号-番号 | 1 | 1234 | 被保険者氏名 | 中日 一郎 <input checked="" type="radio"/> 印 | | | | | | | | | |
| | 被保険者が勤務している事業所 | 中日新聞社 | | 住所 | ○○県○○市○○区○○町○丁目○番○号 | | | | | | | | | |
| | | | | 日中対応可能な電話番号 | (○○○) ○○○○ - ○○○○ | | | | | | | | | |
| 被扶養者がうけた事故の場合 | 氏名 | 中日 愛子 | | | 続柄 | 妻 | | | | | | | | |
| | 職業(学校) | パート | | | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 昭 | ・平 | ・令 | 55年 | 1月 | 27日 | | | |
| 事故相手 | 事故相手 | 氏名 | △△ △△ | | | 生年月日 | <input checked="" type="radio"/> 昭 | ・平 | ・令 | △年 | △月 | △日 | | |
| | | 住所 | △△県△△△市△△区△△町△丁目△番△号 | | | | | | | | | | | |
| | 事故相手の勤務先 | 名称 | △△△△△(株) | | | | | | | | | | | |
| | | 住所 | △△県△△△市△△区△△町△丁目△番△号 TEL (△△△) △△△ - △△△△ | | | | | | | | | | | |
| 加害者が不明の場合(その理由) | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故内容 | 傷病名 | 頸部捻挫 | | | | | | | | | | | | |
| | 事故発生日時 | 令和 | ○○ | 年 | ○○ | 月 | ○○ | 日 | 午前 | <input checked="" type="radio"/> 午後 | 5 | 時 | 30 | 分頃 |
| | 事故発生場所 | ○○県○○市○○区○○町 ○○交差点 | | | | | | | | | | | | |
| | 事故の概要 | | | | | | | | | | | | | |
| | 種別 | <input checked="" type="radio"/> 自動車 ・ 単車 ・ 自転車 ・ 歩行 ・ その他 | | | | | | | | | | | | |
| | 損害の程度 | 傷害状況 | 全治 3 ヲ月 | | | 物損状況 | | | | | | | | |
| | 所轄署 | <input checked="" type="radio"/> 警察署 | | | 派出所 | 未届(理由) | | | | | | | | |
| 過失の割合 (○をつけて下さい) | 自分 → | <input checked="" type="radio"/> 0, | 1, | 2, | 3, | 4, | 5, | 6, | 7, | 8, | 9, | 10 | | |
| | 相手 → | 0, | 1, | 2, | 3, | 4, | 5, | 6, | 7, | 8, | 9, | <input checked="" type="radio"/> 10 | | |
| 休業補償 | 休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつけてください) ア. 自賠責へ請求 イ. 任意保険へ請求 ウ. 人身傷害保険へ請求 エ. 健保へ傷病手当金の請求 | | | | | | | | | | | | | |

【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。

【提出書類】

- 交通事故証明書(原本)
- 診断書(写し可)
- 事業所の交通事故調査書(被保険者のみ通勤災害との調整)
- 新聞の切抜き(掲載の場合)
- 示談している時は示談書の写し

【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。

※ 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

| | | | | | |
|---------------------|---|---|---|----------------|---------------------------|
| 当事者 | 甲（事故相手） | 氏名 △△ △△ | | | |
| | | TEL (△△△) △△△ - △△△△ | | | |
| 乙（被保険者又は被扶養者） | 氏名 中日 愛子 | | | 運転 ・ 同乗 | |
| | TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | 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 | 舗装 [してある ・ してない] | 歩道 (両 ・ 片) [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 あり ・ ない] | 駐停車禁 [されている ・ されていない] | | その他標識 | |
| 速度 | 甲車両 15 Km/h (制限速度 60 Km/h) | | 乙車両 0 Km/h (制限速度 60 Km/h) | | |
| 事故現場における状況を图示してください | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください) | | | | |
| | | | | | |
| 事故発生状況 | (なにをしている時に、どのように、どうして) | | | | |
| | 乙(中日 愛子)が交差点で信号待ちをしていたところ、わき見運転をしていた甲(相手)の車に後から追突された | | | | |
| 示談状況 | 示談は [済んだ ・ 済んでいない] | | | | |

上記のとおり報告いたします

令和 **〇〇** 年 **〇〇** 月 **〇〇** 日

※ 負傷者が未成年の場合、ご両親の名前・印をお願いします。

報告者 (被保険者) **中日 一郎** **中日** 印
乙との関係 (**妻**)

※ 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。

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 (交通事故証明書を見ながらご記入ください) | | | | |
| 自動車保険証明番号 (交通事故証明書を見ながらご記入ください) | | | | |
| 保険契約者 | | 住 所 | | |
| | | 住 所 | | |
| 自 動 車 | 種 別 | | | |
| | 種 別 | | | |
| | 種 別 | | | |
| 保 険 契 約 期 間 | | | 自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ()年間 | 自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日 ()年間 |
| 車両の所有者 | | 住 所 | | |
| | | 住 所 | | |
| 損害賠償金支払 請求先 店名 | | 所 在 地 | 〒 — | 〒 — |
| | | 名称及び 担当課名 | | |
| | | 担当者名 | | |
| | | 電 話 | () — | () — |

2. (被保険者又は被扶養者) 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 組んで (1. いる 2. いない)

1. いる 場合 → 損害保険会社名

名称 及び 担当者名

電 話 () —

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、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。

(事故当事者)

中日新聞社健康保険組合 殿

念書 兼 同意書

| | | | |
|-------|-------------------|--------|--------------------|
| 事故発生日 | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 | 事故発生場所 | 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町 〇〇交差点 |
| 事故当事者 | 中日 愛子 | 事故相手氏名 | △△ △△ |

- 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)の状況について私が保険金請求権を有する人身傷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。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者氏名 中日 一郎 (中日) 印

事故を被った人が被保険者と異なる場合は

中日 愛子 (中日) 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。

(事故相手方)

中日新聞社健康保険組合 殿

誓約書

令和〇〇年〇〇月〇〇日に発生した事故により治療中の **中日愛子** 殿の
医療費につき貴健康保険組合の立替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いする
ことを誓約いたします。

なお、併せて連帯保証人はつぎの事項を遵守することを誓約いたします。

「民法第147条に基づく時効中断を承認すること。」

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(事故相手方) 住所 (〒△△△ - △△△△)

氏名 △△ △△ (△△) 印

(連帯保証人) 住所 (〒■■■■ - ■■■■)

■■■■損害保険会社 ■■■支店 ■■■課

氏名 ■■ ■■ (■■) 印

TEL (■■■■) ■■■■ - ■■■■

【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出来る任意保険会社名、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。

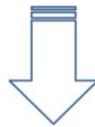
【注2】 保険会社の保証が得られず個人名となった場合には連帯保証人の署名が必要となります。

※ 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 |
| 治療の現状 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 現在 (現在入院中 ・ <input checked="" type="radio"/> 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止 ・ 症状固定) |
| 入院・通院治療期間 | (入院) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 |
| | (通院) 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ~ 令和 ○○ 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 | 令和 年 月 日 から 約 日 (約 ヲ月) 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○○区○○町200 | |
| TEL | (○○○) ○○○ - ○○○○ | () — |
| 診療開始日 | 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 | 令和 年 月 日 |
| 医療機関名 | | |
| 所在地 | | |
| TEL | () — | () — |
| 診療開始日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 医療機関名 | | |
| 所在地 | | |
| TEL | () — | () — |
| 診療開始日 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 |

※ 治療が終了するときは必ず健保までご連絡ください。

※ 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。