

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

第三者行為による傷病届 (交通事故)

項 目		内 容									
届出者	被保険者証記号番号	記号		番号							
	被保険者氏名										
	健康保険組合	名称	東京中央卸売市場健康保険組合								
		所在地	東京都江東区豊洲6-6-1 管理施設棟2階								
被害者 (受診者)	氏名・性別・年齢	氏名		性別		年齢					
	続柄・生年月日	続柄		生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日				
	住所・電話					電話					
加害者 (第三者)	氏名・性別・年齢	氏名		性別		年齢					
	住所・電話					電話					
事故発生	事故発生日時	令和	年	月	日	午前・午後	時 分				
	事故発生場所										
自賠償 保険 (加害者)	保険会社名										
	保険契約者名										
	登録番号										
	車台番号										
	保険期間・自賠償番号	令和	年	月	日	～令和	年	月	日	番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名										
	取扱店所在地・電話					電話					
	担当者名・Eメール	氏名		Eメール							
	保険契約者名										
	住所										
	保険期間・契約番号	令和	年	月	日	～令和	年	月	日	番号	
	任意対人一括の有無	有・無									
被害者加入の保険会社関与の有無		無・有	保険会社名：		電話：	担当者名：					
治療状況	項目	診療機関名称	診療機関所在地	治療開始日	電話						
	1			令和	年	月	日				
	2			令和	年	月	日				
	3			令和	年	月	日				

*本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。

事故発生状況報告書

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・（ ）	交通状況	混雑・普通・閉散	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（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）、自転車側信号（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で記入して下さい。）					
	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 150px;"></div>					<p>自車（乙） </p> <p>相手車（甲） </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自転車 バイク </p>
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						
届出者氏名						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。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、届出者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、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、次の事項に同意します。

1. 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等の写しを添付すること。
2. 私が損害保険会社等へ請求をし、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、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
3. 貴健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
4. 貴健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、私の代理人、加害者及びその代理人、官公庁、裁判所及び裁判外紛争解決機関、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者（保険会社等）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（保険会社等）に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者（保険会社等）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

Ⓜ

人身事故証明書入手不能理由書

東京中央卸売市場健康保険組合 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	<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】
※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"/> 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 令和 年 月 日	

次頁へ ⇒ [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、次頁の事故当事者、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、関係者の署名もしくは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、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () ※該当する項目に○印をしてください。	住所 〒 記入日 令和 年 月 日 氏名 電話 ()

(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：令和 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。)

発生年月日時		令和 年 月 日 午前 時 分頃 天候 午後			
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	大・昭平・令	年 月 日 (歳)
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	大・昭平・令	年 月 日 (歳)
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	大・昭平・令	年 月 日 (歳)
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	大・昭平・令	年 月 日 (歳)
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	大・昭平・令	年 月 日 (歳)	
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。