

ご加入の損害保険会社等で記入してもらえる場合がございますので、ご加入先にご確認下さい。

届出者	被保険者証記号番号(組合名)	被保険者についてご記入下さい	カ健康保険組合)
	健康保険組合の住所		也
	被保険者氏名		
(被害者) (受診者)	氏名・性別・年齢	受診された方(被保険者・被扶養者)についてご記入下さい	
	続柄・生年月日		
	住所・電話		
(加害者) (第三者)	氏名・性別・年齢	相手の方についてご記入下さい	
	住所・電話		
事故発生	事故発生日時	※ 事故証明書がある場合は、 事故証明書に基づき、ご記入下さい	
	事故発生場所		
(加害者) (自賠責保険)	保険会社名	相手が加入している自賠責保険 についてご記入下さい ※ 事故証明書から転記して下さい ※ 不明の場合は記入不要です	
	保険契約者名		
	登録番号		
	車台番号		
	保険期間／自賠責番号		
(加害者) (任意保険)	保険会社名	相手が加入している任意保険 についてご記入下さい ※ 不明の場合は記入不要です	
	取扱店所在地・電話		
	担当者名／Eメール		
	保険契約者名		
	住所		
	保険期間／契約番号		
	任意対人一括の有無		
被害者加入の保険会社関与の有無 (注)			下部(注)に基づきご記入下さい
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話	今回のケガ等によって受診した 病院等についてご記入下さい	
	所在地		
	診療機関名／治療開始日／電話		
	所在地		

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

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 相手の方のお名前をご記入下さい
自動車の番号	●●●●●●		乙 (被害者)	氏名 受診者のお名前を ご記入下さい
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)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)			
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 40~50 Km/h(制限速度 30 Km/h)・乙車両 30 Km/h(制限速度 30 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)			
				<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;"> 自転車(乙) </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 相手車(甲) </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 進行方向 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 信号 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 一時停止 </div> <div style="margin-bottom: 10px;"> 人 </div> <div> 自転車 バイク </div> </div>
事故発生の状況(経緯)	<p style="color: red;">(例) 自車が右折しようとした際、相手車のスピードが速く、自分の想像以上に速く交差点に進入してきて、接触した。</p>			
上記内容に間違いありません。		届出者のお名前をご記入下さい		
●● 年 ●● 月 ●● 日 届出者:		●●●●●●		

覚えて
いる
範囲
内で
ご
記入
下さい

(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、届出書に署名または記名押印をして貰って下さい。

同意書

私が加害者（**加害者のお名前**）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）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）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

被保険者の方がご記入下さい

●●年●●月●●日

届出者（被保険者）

住 所

●●●●●●●●●●●●●●●●●●

氏 名

●● ●●

（以下は、受診者が被扶養者の場合のみ記入）

貴健康保険組合が損害賠償額の支払い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。

●●年●●月●●日

被扶養者・法定代理人

**被扶養者または法定代理人
の方がご記入下さい**

住 所

●●●●●●●●●●●●●●●●●●

氏 名

●● ●●

（注）被扶養者が未成年の場合には法定代理人が記入して下さい。（未成年者等氏名：）