

# 第三者の行為による傷病届

記入例

兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

以下のとおり届出します。

平成 22 年 2 月 20 日

負傷者（被害者）	被保険者証の記号番号	1111 — 2222	被保険者氏名	運輸 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">運輸</span> <sup>④</sup>				
	生年月日	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 50 年 1 月 1 日 平成	職種	運転手				
	被保険者の住所	〒 000 - XXXX 神戸市中央区〇〇町XXX TEL ( 000 ) ΔΔΔ - XXXX						
	勤務先名称	株式会社 〇〇〇〇	所在地	〒 000 - XXXX 神戸市中央区〇〇町XXX				
	負傷者が被扶養者のとき	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日	続柄
	負傷発生状況	負傷発生日	平成 22 年 2 月 1 日 ( 月 曜日 )			午前 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span>	5 時 00 分頃	
見取図は別紙に記入してください	負傷発生場所	神戸市北区〇〇町XXX						
	負傷発生原因	業務中	出張中	出勤途中	退社途中	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">私用中</span>	パート・バイト中	
	①何のために(目的)	買い物		②何処から何処へ行くとき スーパーマーケットに行く途中に				
	③何処で	スーパーマーケットの近くで		④何をしていた、どうなった 車を運転中追突された				
負傷日の勤務について	通勤径路及び方法	自宅 — 会社		通常の所要時間 時間 分				
	就業開始時間	午前 時 分頃	就業終了時間	午後 時 分頃				
	自宅を出た時刻	午後 時 分頃	退社時刻	午後 時 分頃				
受診状況について	医療機関名(電話番号)	所在地	治療期間(入院・通院別に記入して下さい)	診療費の支払方法				
	〇〇病院	〒 000 - XXXX 神戸市中央区〇〇町XXX	22 年 2 月 1 日から 22 年 2 月 5 日まで	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> 自賠・自費 その他( )			
	〃	〒 - 〃	22 年 2 月 6 日から 22 年 2 月 19 日まで	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span> 自賠・自費 その他( )			
		〒 -	年 月 日から 年 月 日まで	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">入院</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">通院</span>	健保・自賠・自費 その他( )			
	傷病名	右足骨折		治癒見込	月 日から約 月 日			
相手方（加害者）	加害者氏名	相手 太郎	大正 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span> 平成	44 年 3 月 1 日	生れ	職業	事務員	
	住所	〒 000 - XXXX 神戸市北区〇〇町XXX TEL ( 000 ) ΔΔΔ - XXXX						
	勤務先	株式会社 〇〇〇〇						
	勤務先所在地	〒 000 - XXXX 神戸市北区〇〇町XXX TEL ( 000 ) ΔΔΔ - XXXX						

警察署への届出		<input checked="" type="radio"/> 有	無	所轄の警察署	〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 警察署	派出所		
交通事故の場 合へ 相手 方 車 輛 に つ い て の 状 況	自動車 の 所 有 者	氏名	相手 太郎			使用者 との関係	<input checked="" type="radio"/> 本人	その他( )	
		住所	〒 〇〇〇 - ×××× 神戸市北区〇〇町×××						
	自動車保 険 の 契 約 者	氏名	同上						
		住所	〒 同上						
	加害者の 自動車	区別 (車種)	普通自動車	登録番号 (車輛番号)	神戸 500 あ 1234	車台番号	NC12-34567		
	加害者に対して 損害賠償請求の 有無	<input checked="" type="radio"/> 1. 有	2.の場合その理由		保険会社者又は加害者 からの賠償の内容、金額 および受領年月日				
	自 賠 責 保 険	<input checked="" type="radio"/> 有	無	自賠責保険 証明書番号	第 M12345	号	契約期間	自 2010 年 3 月 1 日 至 2011 年 3 月 1 日	
		名称	〇〇〇海上火災					担当者	〇〇〇〇
		住所	〒 〇〇〇 - ×××× 神戸市中央区〇〇町×××						
	任 意 保 険	<input checked="" type="radio"/> 有	無	自動車保険 証明書番号	第 M12345	号	契約期間	自 2009 年 3 月 1 日 至 2010 年 3 月 1 日	
名称		〇〇〇海上火災					担当者	〇〇 〇〇	
住所		〒 〇〇〇 - ×××× 神戸市中央区〇〇町×××							
備考									
示 談 等 の 状 況	示談成立	年 月 日							
	本訴・調停 和解の申請	年 月 日	結 審	年 月 日					
	(示談等未解決の理由、その他)								

●添付書類

1. 交通事故証明書(原本)
2. 念書
3. 誓約書
4. 示談解決済の場合は示談書(写)
5. 損害賠償受領の場合はその内訳書(途中一部受領の場合も含む)
6. 交通事故の場合:被保険者が契約されている任意保険の“保険契約者自動車保険証券(写)”

●次項による場合、一部又は全部の保険給付を受けられない場合がありますので御留意下さい。

1. 第三者行為による負傷の場合で、正当な理由なく保険者へ届出をしなかったとき。(施行規則65条届出義務違反)
2. 真正でない示談解決をした場合。損害賠償の全部又は一部を免除又は放棄した場合。(法57条第2項。最高裁判例(S38年6月))

●届書提出後の留意事項

1. 治療終了(中止も含む)時、必ず連絡を下さい。
2. 示談を行う場合、事前、事後、必ずその内容を連絡下さい。

※報告書には必ず押印して下さい。(クイックスタンプは不可)

# 念 書

(事故発生場所)

(加害者氏名)

平成22年 2月 1日 ( 神戸市北区〇〇町××× ) において ( 相手太郎 )  
(被害者氏名)

の行為により ( 運輸太郎 ) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付をうけた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって兵庫県運輸業健康保険組合が保険給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、兵庫県運輸業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かかる診療報酬明細書等の写を添付することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって兵庫県運輸業健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をもれなく、かつ遅延なく兵庫県運輸業健康保険組合に届け出ること。
4. 後遺障害認定以後の治療費は、責任をもって兵庫県運輸業健康保険組合に返還すること。

平成22年 2月 20日

〒〇〇〇-××××

住 所 神戸市中央区〇〇町×××

被保険者名 運輸 太郎

被扶養者名

※被扶養者がうけた事故である  
ときは連名でご記入下さい。



兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

# 念 書

(事故発生場所)

(加害者氏名)

平成22年 2月 1日 ( 神戸市北区〇〇町××× ) において ( 相手太郎 )  
(被害者氏名)

の行為により ( 運輸太郎 ) の被った保険事故について、健康保険法による保険給付をうけた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって兵庫県運輸業健康保険組合が保険給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、兵庫県運輸業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かかる診療報酬明細書等の写を添付することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって兵庫県運輸業健康保険組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日・内容・金額(評価額)をもれなく、かつ遅延なく兵庫県運輸業健康保険組合に届け出ること。
4. 後遺障害認定以後の治療費は、責任をもって兵庫県運輸業健康保険組合に返還すること。

平成22年 2月 20日

〒〇〇〇-××××

住 所 神戸市中央区〇〇町×××

被保険者名 運輸 太郎

被扶養者名

( ※被扶養者がうけた事故である  
ときは連名でご記入下さい。 )



兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

# 誓約書

(事故発生場所)

平成 22年 2月 1日 (神戸市北区〇〇町×××) で発生  
(事由)  
した 交通事故 により、被害者 (運輸太郎) 様に  
傷害を負わせましたが、この保険給付費 (治療費) は、本来、加害者である  
私の負担すべきものですので、私個人が責任をもって兵庫県運輸業健康保険組  
合に対し賠償することを誓約いたします。

また、全額求償、全額納付に応じることを併せて誓約いたします。

平成 22年 2月 20日

損害賠償支払義務者 (未成年の場合は、親権者)

住所 神戸市中央区〇〇町×××

氏名 相手 太郎



兵庫県運輸業健康保険組合理事長 様

# 事故発生状況報告書

(注)

- ① ( )の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車の運手者氏名を記入してください。
- ③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
- ④ この報告書は、自賠責損害調査事務所に送付します。また、保険金(損害賠償額)支払手続上必要と認められる場合には、事故の相手方に送付することがあります。

甲	氏名	相手 太郎		乙	氏名	運輸 太郎		(運転・同乗 同乗(甲車、甲車以外の車) 歩行・その他)
(相手・第三者)				(受診者)				
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 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">してある</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">していない</span>		歩道(両・片) <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない</span>		直線・カーブ			
	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">平坦</span> ・坂		見通し <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">良い</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">悪い</span>		積雪路・凍結路			
信号または標識	信号	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ない</span>		自転車側信号(青・赤)	一時停止標識		自転車側	( <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> ・なし)
	駐停車禁止	されている されていない		相手側信号(青・赤)			相手側	( <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ある</span> ・なし)
その他の標識			その他の標識 ( )					
速度	甲車両 30 km/h(制限速度 30 km/h)				乙車両 40 km/h(制限速度 40 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被患者との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)							
上記図の説明を書	交差点内で乙車輛が西向きで直進しているところに甲車輛が左折してきたため乙車輛の側面に衝突したものである。							

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

平成 22 年 2 月 20 日

報告者 甲との関係( )  
乙との関係( 本人 ) 氏名 運輸 太郎




# 診 断 書

カルテ番号

住 所  
 傷病者  
 氏 名

男・女 明・大・昭・平 年 月 日生

傷 病 名	治 療 開 始 日	治 癒 または 治 癒 見 込 日 (注1)
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日

(注1) 既に治癒した傷病については治癒日を、また、現時点で治療継続中の傷病については治癒見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んで下さい。  
 (注2) 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は( )内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

症状の経過・治療の内容および今後の見通し (受傷日 年 月 日)  
 (手術のある場合は実施日をご記入下さい)

主たる検査所見

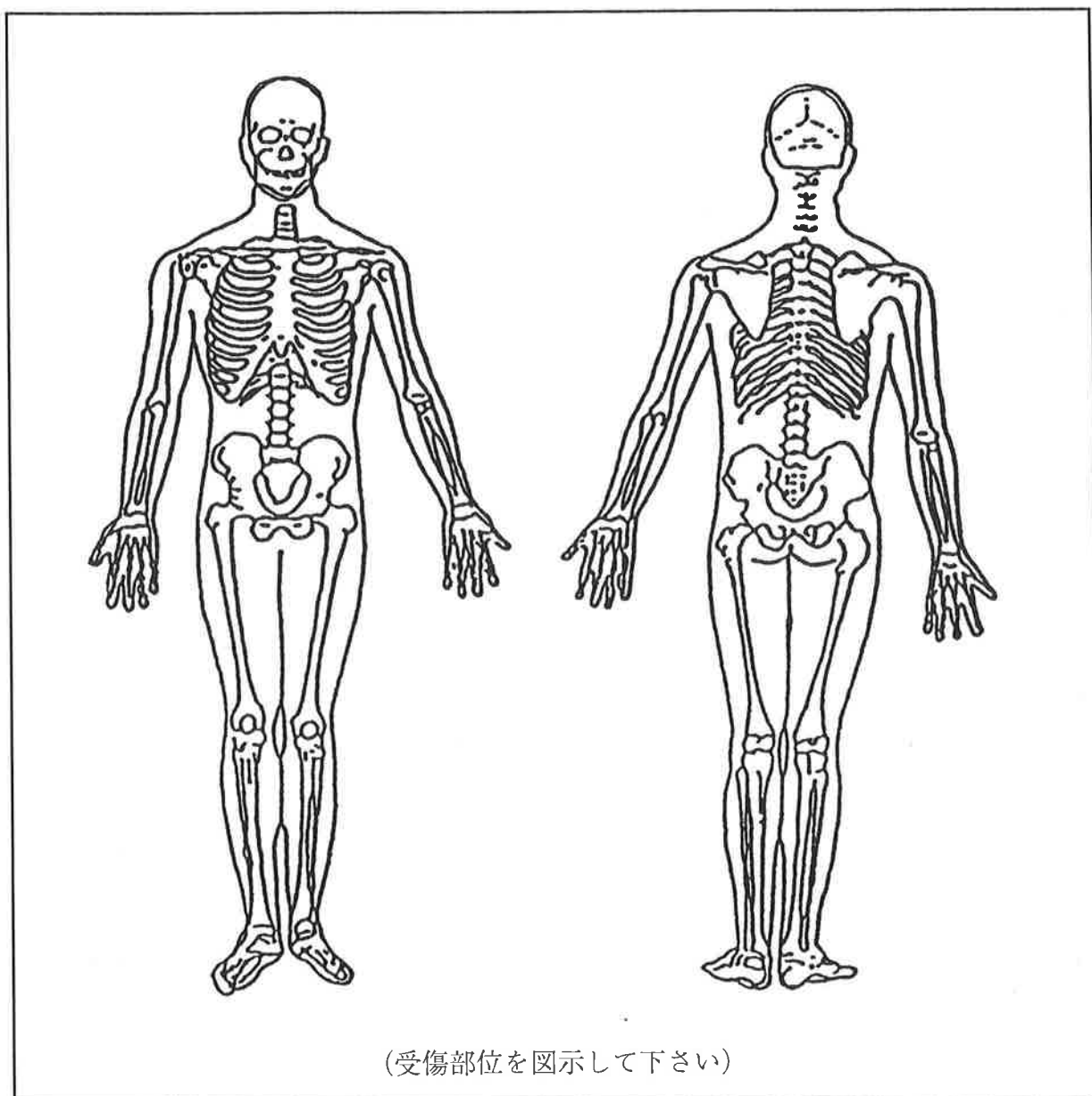
初診時の意識障害	なし・あり(程度)	継続期間 日 時間)
既往症および既存障害	なし・あり(注2)	( )
後遺障害の有無について	なし・あり・未定	

入院治療	日間	(診断日)
	自 年 月 日・至 年 月 日	
通院治療	日間(内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日	年 月 日 治 癒 継 続 転 医 中 止 死 亡
ギプス固定期間	固定 除去 自 年 月 日・至 年 月 日( ) 固定具の種類	
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	理由

上記の通り診断致します  
 (作成日) 年 月 日  
 所在地 名称 医師氏名

TEL. ( )





後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。