

[記入例]

東食国保組合の加入者であり、事故に遭われ、ケガをされた方について記入してください。

事故の相手方(加害者)について記入してください。

目があるときは、保険給付の認否に影響を及ぼす可能性があります。

医師から説明された傷病名、負傷の程度など診断内容を記入してください。

相手方が任意保険の加入している場合は、保険金支払い取り扱い先等を確認、記入してください。

組合員または被害者本人が署名捺印してください。被害者が児童、学生、被扶養者の場合は、組合員本人が署名捺印してください。

第三者の行為による傷病届

受付番号		
被保険者 負傷した	フリガナ 氏名 組合加入者の氏名を記入	網際検索 の記号番号 78
	生年月日 S・H 年 月 日 主	年齢 歳 性別 男・女 組合員 との続柄
相手方の氏名等	フリガナ 氏名 相手方の氏名を記入	住所 〒 () Tel ()
	生年月日 S・H 年 月 日 主	年齢 歳 性別 男・女 職業
	使用者又は 扶養者の 氏名等	住所・所在地 氏名・勤務先 Tel ()
負傷又は事故の 状況	発生日時 平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	発生場所 において
傷病の 治療状況	負傷又は 事故及び 原因状況	転院先
	診療を受けた 保険医療 機関名	初診日 平成 年 月 日
	傷病名及び 負傷の程度	国民健康 保険による 診療期間 開始：平成 年 月 日 終了：平成 年 月 日
	診療見込 日間程度・ ヶ月程度	
事故の相手方の 自動車等	自賠責保険 契約会社名	自賠責保険 証明書番号 第 号
	自賠責保険 契約者住所	自賠責保険 契約者氏名
	自動車等の 所有者住所	自動車等の 所有者氏名
	登録番号又は 車両番号	車台番号
	任意保険 (対人)契約 の有無	有 契約会社名 担当者名 連絡先電話 無
示談(損害賠償) 等の交渉状況	示談成立・示談無 「*示談成立(解決)の場合は、示談書等の写しを添付してください。」 交渉の経過 #2	
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。 「個人情報の取扱について」を確認し同意します。		
平成 年 月 日 〒 () 連絡先電話番号 () 住所 () 組合員(被害者)氏名 ()		
京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿		

事故の相手方(加害者)の勤務先、雇い主または扶養者について記入してください。

事故の発生日時、発生場所及び事故の発生状況と事故の原因について記入してください。

相手方が車、バイクなど「自動車損害賠償責任保険」の加入が義務づけられている車輛を運転している場合は、車検証及び保険証明書を確認して記入してください。

相手方から事故に関わる補償を受けている場合は、その内容を記入してください。

- 事項※1. この届出に係る個人情報は、損害賠償請求及び関連事務に使用します。
 ※2. 「交渉の経過」は詳細に、例えば○月△日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付き添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
 ※3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を記入してください。
 ※4. 後日調査の必要上から、関係者の電話番号等はかならず記入してください。



[記入例]

この「事故発生状況報告書」は、歩行者、自転車、バイク、車がかかわる交通事故を報告する書類です。

相手方の保険証明書番号(自賠責)と車両番号を記入してください。

事故の相手方の氏名を記入してください。

受付番号:

「第三者の行為による傷病届」の「負傷した被保険者」欄と同一氏名を記入してください。

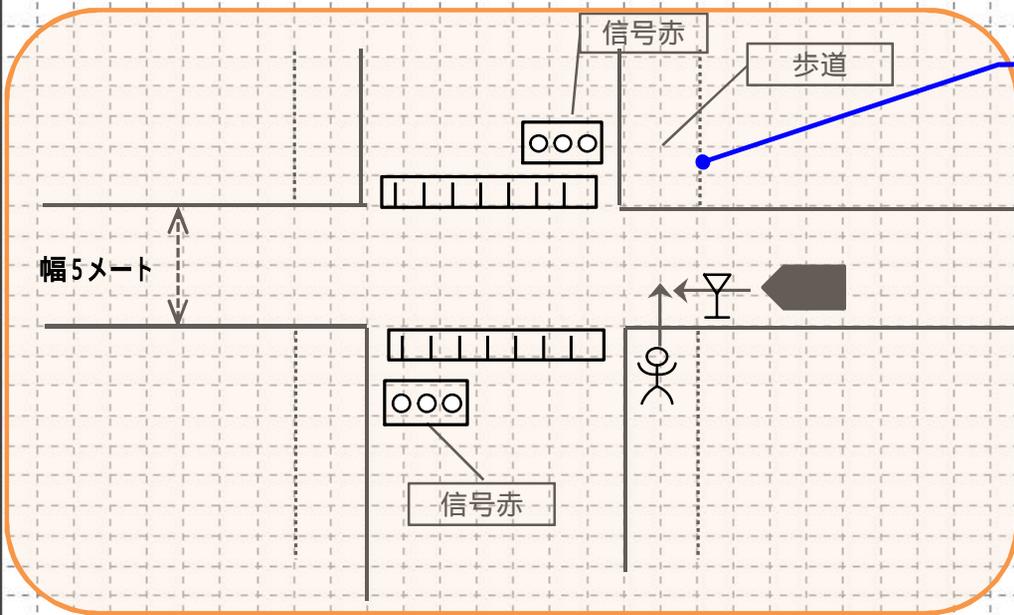
事故発生状況報告書「交通事故」

※未記入の項目がある場合は、保険給付の認定に影響する場合があります。また、記載が正しいかどうか電話等で確認をお願いします。

相手方自動車等の保険証明書番号 相手方(甲)の自動車等の車両番号	第 号	相手方の氏名(甲) 事故にあった被保険者名(乙)	相手方の氏名を記入 組合加入者の氏名を記入
被保険者(乙)の状態	1. 自転車を運転 2. 原付バイクを運転 3. 自動二輪を運転 4. 自動車を運転 5. 事故車両に同乗(甲の車両・甲以外の車両) 6. 歩行 7. その他()		
天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散
道路状況(事故現場)	舗装の有無「舗装・未舗装」、歩道の有無「有(両側・片側)・無」 直線・カーブ・交差点・平坦・坂道・見通し「悪い・良い」・積雪路・凍結路		
道路幅	甲車側(m)、甲車以外の車側(m)	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
速度	甲車 km/h(制限速度 km/h)、甲車以外の車両 km/h(制限速度 km/h)		
信号又は標識	信号「ある・ない」、一時停止標識「ある・ない」、その他標識()		

事故にあった時の、状況について、該当する項目に または内容を記入してください。

事故発生状況概略図(道路幅をmで記入してください。)



事故にあった場所、状況について、概略を図で記入してください。

上の概略図に加えて事故の状況説明を記入してください。

事故にあった時に何をしていたか、該当する項目に記入してください。

歩道を歩いて、脇道との交差点に差し掛かったら脇道から相手の車が急に出てきた。

事故説明を記入	事故時の用事 勤務先業務・通勤途中・私用・その他()		
事故届出警察		担当係官	

別紙「交通事故証明書」に補足して、上記のとおり報告します。

この報告書を作成した方と相手方、被害者(被保険者)との関係を記入してください。

平成 年 月 日

作成者名 相手方との関係() 氏名 ()
被保険者との関係()

事故報告の届け先警察署名及び担当者名を記入してください。

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

この報告書を作成した方が署名捺印してください。

[記入例]

この「事故発生状況報告書」は、交通事故以外の事故を報告する書類です。(歩行者と自転車、自転車同士の事故は、交通事故として取り扱います。警察署に届出が必要です。)

事故の相手方の氏名を記入してください。

受付番号:

東食国保組合に加入している方の氏名を記入してください。

事故発生状況報告書「交通事故以外」

※未記入の項目が

*この報告書は、国民健康保険法第66条の規定に基づいて提出を依頼するものです。保険給付の適否を判断するために必要な書類ですので、事故の発生状況について、詳細かつ正確に記入してください。

相手方の氏名

被保険者の氏名

事故の発生状況について、できるだけ詳しく記入してください。

この欄は、事故の発生状況及び経過を記入してください。また、記載が済んでいない項目は電話等で照会してください。

事故にあった時に何をしていたか、該当する項目に を記入してください。

事故時の用事

勤務先業務 ・ 通勤途中 ・ 私用 ・ その他()

事故届出警察

担当係官

事故報告の届け先警察署名及び担当者名を記入してください。

負傷事故について、上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

報告者

相手方との関係()

被保険者との関係()

氏名

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

この報告書を作成した方と相手方、被害者(被保険者)との関係を記入してください。

この報告書を作成した方が署名捺印してください。

[記入例]

受付番号: _____
(被害者の署名捺印が必要です。)

同意書

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって、東京食品販売国民健康保険組合が取得した保険給付額を限度とする、相手方（加害者・保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残存額調査等について同意いたします。

平成 年 月 日

被害者(東食国保組合加入者)本人が署名捺印してください。

(被害者「被害者」)住所

氏名

電話

被害者(東食国保組合加入者)が児童、学生、被扶養者の場合は、組合員本人または代理人が署名捺印し、被害者本人との関係を記入してください。また、被害者本人が署名捺印できない場合も同様に代理人の署名捺印が必要です。

(代理人)住所

氏名

電話

本人との関係

代理理由

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

[記入例]

受付番号: _____
(被害者の署名捺印が必要です。)

念 書

私が下記において被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により保険給付額の限度において、東京食品販売国民健康保険組合が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）または相手方（加害者・保険会社）からの損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合が優先して受領されること。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東京食品販売国民健康保険組合にその内容を申し出ること。
3. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）漏れなく、かつ遅滞なく東京食品販売国民健康保険組合に届け出ること。

平成 年 月 日

〒

電話番号 ()

誓約者（組合員）住所： _____

誓約者（組合員）氏名： _____

被害者（東食国保組合加入者）の方が署名捺印してください。
被害者が児童、学生、被扶養者の場合は、組合員本人または代理人が署名捺印してください。

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

事故の相手の方について記入してください。

事故が起きた日時、場所について記入してください。

記

対 象 事 故	発生年月日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分
	発生場所	
相手方 (加害者)	住 所	
	氏 名	Tel
被保険者 (被害者)	住 所	
	氏 名	Tel
※被保険者・加入者と誓約者との関係		※誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入してください。

事故の被害者（東食国保組合加入者）について記入してください。

事故の被害者（東食国保組合加入者）と誓約者が異なる場合に、被害者と誓約者の関係（続柄など）について記入してください。

[記入例]

受付番号: _____
(相手方の署名捺印が必要です。)

誓約書

該当する項目に を付記してください。

交通事故
傷害事件

下記の被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくもので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に法律上の損害賠償責任の範囲において、損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合に支払をすること。
2. 東京食品販売国民健康保険組合の書面承諾なしに示談したときは、東京食品販売国民健康保険組合保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。また、示談書の写しを東京食品販売国民健康保険組合に提出すること。

事故の相手の方の署名捺印を受けてください。

平成 年 月 日

〒 _____
住所 _____

誓約者 (加害者・相手方)

氏名: _____ (印)

電話番号 () _____

事故の相手の方が加入している損害保険会社または事故の損害を補償する損害保険会社の担当者の署名捺印を受けてください。

〒 _____
住所 _____

誓約者 (保険会社)

氏名: _____ (印)

電話番号 () _____

東食国保組合加入者 (被害者)の方が署名してください。

事故の相手の方が未成年者、学生など被扶養者の場合は、扶養者の署名捺印を受けてください。また、事故の相手の方と損害保険契約者が異なる場合は、損害保険契約者の署名捺印を受けてください。

〒 _____
住所 _____

被保険者 (被害者)

氏名: _____ (印)

電話番号 () _____

〒 _____
住所 _____

※誓約者 (加害者保証人又は保険契約者)

氏名: _____ (印)

電話番号 () _____

対 象 事 故	発生年月日	平成 年 月 日 ()
	発生場所	_____

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

※加害者と保険契約者が異なる場合に署名捺印が必要です。

事故が起きた日時、場所について記入してください。

[記入例]

事故の相手の方の「自動車保険損害賠償責任保険」について、保険証明書を確認のうえ、その内容を書き写してください。

受付番号: _____ - _____

相手方(加害者)の賠償保険加入明細書

自動車保険損害賠償責任保険(強制加入)	保険会社名	Tel		
	保険証明書番号			
	契約者の住所	電話番号 ()		
	契約者の氏名			
	自動車の種類	車台番号		
	自動車の登録番号 又は車輦番号	都道府県別		
	保険契約期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日		
*車輦の保有者	住所	電話番号 ()		
	氏名	契約者との関係		
運転者	住所	電話番号 ()		
	氏名	保有者との関係		

事故相手の車輦の所有者について記入してください。所有者が法人の場合はその法人名等を記入してください。

事故相手の車輦を運転していた方について記入してください。

事故相手の方が加入する「任意保険」について記入してください。

「車輦の保有者」が法人の場合は、法人名、代表者名を記入してください。

対人賠償保険(任意加入)	任意保険の有無	加入している ・ 加入していない		
	保険会社名	Tel		
	保険証明書番号			
	保険契約期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日		
	保険金支払取扱店			
	保険金支払取扱店所在地	電話番号 ()		
取扱担当者名				

事故相手の方が加入する「任意保険」の補償金支払い取扱店部署名、所在地、取扱担当者について記入してください。

明細書を記入する際は、相手方(加害者)の車検証とそれに添付されている自動車損害賠償責任保険書を確認のうえ、記入してください。

平成 年 月 日
 記入者 被保険者との関係()
 氏名 _____

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

この加入保険明細書を作成した方の署名捺印と被害者(被保険者)との関係を記入してください。