

健康保険 交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届

事故発生状況報告書

被保険者欄	被保険者等	記号		氏名		職種	
		番号					

被害者(受診者)情報	(被害者)	氏名		続柄			
		事故内容	自動車事故・自転車事故・歩行中・殴打・その他()				
		警察への届出	有(人身事故・物損事故)・無(理由:)				
	(第三者)	氏名		性別	男・女	年齢	
		住所					
		不明の場合(理由)					
	事故発生	場所		日時	令和 年 月 日	前・後 時 分	
	何をしている時		勤務状況	勤務日・公休日・私用で休み・その他()			
	過失の割合	(自分) 被害者	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	(相手) 加害者	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.		
	治療状況	①	名称		種別	入院・通院	期間
所在地				令和 年 月 日まで			
②		名称		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日から
		所在地					令和 年 月 日まで
③		名称		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日から
		所在地					令和 年 月 日まで
治癒見込み(治療終了日)	令和 年 月 日頃		終了予定	(令和 年 月 日終了)			

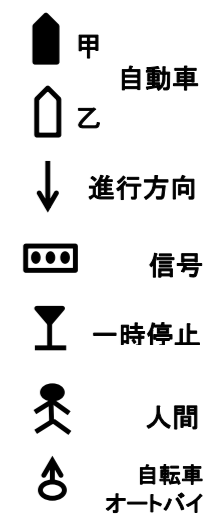
交通事故の場合	相手の自賠責保険	保険会社名		取扱店電話番号	()			
		取扱店所在地						
		保険契約者名(名義人)		保有者との関係		加害者との関係		
		保険契約者住所(所在地)						
		自動車の種別	都道府県名		登録番号		車台番号	
	相手の任意保険	自賠責証明書番号		保険契約期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日		
		自動車の保有者名		住所(所在地)		加害者との関係		
		保険会社名		取扱店電話番号	()			
		取扱店所在地		当事故担当者	営業所名		担当者名	
		保険契約者名		保険契約者住所(所在地)				
契約証書番号		保険契約期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日				

●「※」欄は記入しないでください。

※受付日付印

証明書番号(相手方自賠責)		当事者	甲(第三者)	氏名		連絡先	
自動車登録番号			乙(受診者)	氏名		連絡先	
乙(受診者)の状態	運転・同乗・歩行・その他()		交通状況		混雑・普通・閑散		
天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧		明暗		昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	見通し	良・悪	形状①	直線・カーブ	形状②	平坦・坂	
速度	甲車両	km/時(制限速度 km/時)		乙車両	km/時(制限速度 km/時)		
信号	有無	有・無	色	甲者側	青・赤・黄	乙者側	青・赤・黄
標識	一時停止	有・無		駐停車禁止	有・無		その他標識

事故発生状況を図示してください



図の説明を記入

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 被保険者氏名
乙との関係() (自署)

※決裁欄	伺日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	備考					

念書 兼 同意書

事故発生日 令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名

被保険者名

加害者住所

加害者名

1. 上記の事故に関して、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。

(1) 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴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。

2. 上記の事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、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条の規定によって健康保険組合が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ついて異議はありません。

3. 上記の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。

(1) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の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）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。

(2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。

(3) この念書兼同意書をもって上記の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。

(4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名(自署)

(被害者が被扶養者の場合)

被扶養者 住所

氏名(自署)

交通事故証明書（人身事故）取得不能理由書

当事者	運転者（甲）	住 所	TEL ()		
		氏 名	生年月日	昭平令	年 月 日 (才)
		自賠償保険 (共済)契約先	自賠償保険 (共済)証明書番号	第	号
		登録番号	車体番号		
	被害者（乙）	住 所	TEL ()		
		氏 名	生年月日	昭平令	年 月 日 (才)
		自賠償保険 (共済)契約先	自賠償保険 (共済)証明書番号	第	号
		登録番号 車体番号	事故時の状態	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	
事故発生日年月日		天候			
発 生 場 所		において			
届 出 警 察		警察 担当官	届出年月日	令和 年 月 日	
甲・乙 以外の 当事者	住 所	氏 名			
	自賠償保険 (共済)契約先	自賠償保険 (共済)証明書番号	第	号	
人身事故証明書取得不能理由					
添付書類 ・事故車両の写真・修理見積書及び示談書 ・車体番号契約の場合——車検証写または登録済証写 ・物損事故届のある場合——当該事故証明書 ・構内事故の場合——構内責任者の事故現認書					

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。

令和 年 月 日

運転者（甲） 住所 _____

被害者（乙） _____

そ の 他 _____ TEL ()

()

上記事故を目撃したことを証明します。

令和 年 月 日

目 撃 者 住所 _____

氏名（自署） _____ TEL ()

健康保険 交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届

記入例

事故発生状況報告書

被保険者等	記号	901	氏名	農業 米男	職種	金融課
	番号	399				

被害者(受診者)	氏名	農業 米男		続柄	本人	
	事故内容	自動車事故・自転車事故・歩行中・殴打・その他()				
被害者(加害者)	警察への届出	有(人身事故・物損事故)・無(理由:)				
	氏名	▲▲ ▲▲	性別	男・女	年齢	30
被害者(受診者)情報	住所	▲▲市▲▲町▲▲番地				
	不明の場合(理由)					
事故発生	場所	〇〇市〇〇町〇〇番地	日時	令和 6 年 12 月 1 日 前・後 3 時 00 分		
何をしている時	休日に私用で買い物に行く時	勤務状況	勤務日・公休日・私用で休み・その他()			
過失の割合	(百分) 被害者 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10	(相手) 加害者 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				
治療状況	① 名称	〇〇整形外科病院	種別	入院・通院	期間	令和 6 年 12 月 1 日から
	所在地	〇〇市〇〇町××番地	種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日まで
	② 名称		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日から
	所在地		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日まで
③ 名称		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日から	
所在地		種別	入院・通院	期間	令和 年 月 日まで	
治癒見込み(治療終了日)	令和 7 年 6 月 30 日頃 終了予定 (令和 年 月 日終了)					

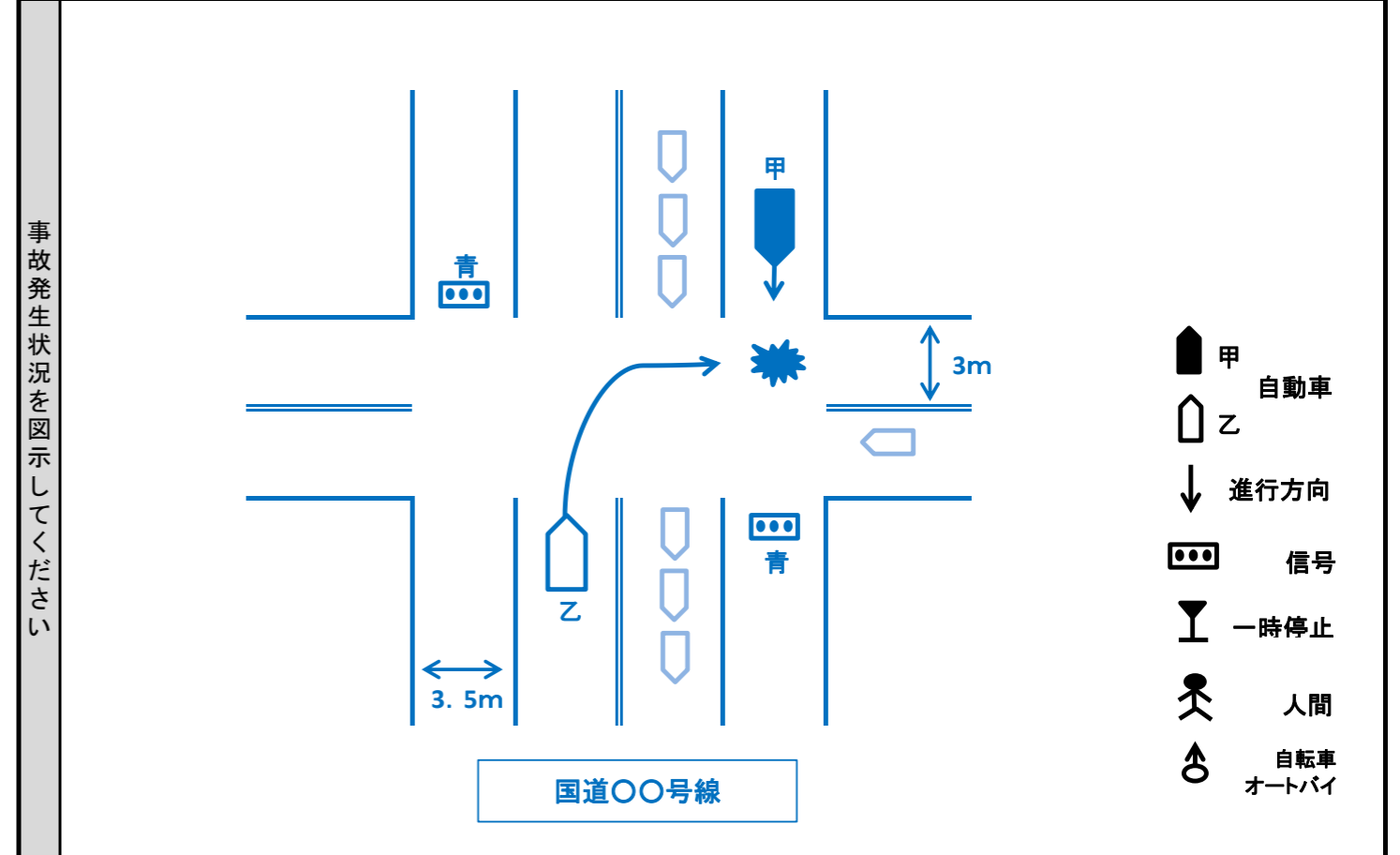
相手の自賠責保険	保険会社名	〇〇農業協同組合	取扱店電話番号	027(〇〇〇)〇〇〇〇				
	取扱店所在地	●●市●●町●●番地						
	保険契約者名(名義人)	▲▲ ▲▲	保有者との関係	本人	加害者との関係	本人		
	保険契約者住所(所在地)	▲▲市▲▲町▲▲番地						
相手の任意保険	自動車の種別	小型乗用	都道府県名	群馬県	登録番号	〇〇 〇	車台番号	〇〇〇〇
	自賠責証明書番号	12A34567	保険契約期間	自 令和 5 年 10 月 1 日	至 令和 7 年 10 月 1 日			
	自動車の保有者名	▲▲ ▲▲	住所(所在地)	▲▲市▲▲町▲▲番地	加害者との関係	本人		
	保険会社名	〇〇農業協同組合	取扱店電話番号	027(〇〇〇)〇〇〇〇				
取扱店所在地	●●市●●町●●番地							
保険契約者名	▲▲ ▲▲	当事故担当者	営業所名	南支店	担当者名	鈴木		
契約証書番号	11B222222	保険契約者住所(所在地)	▲▲市▲▲町▲▲番地					
保険契約期間	自 令和 5 年 10 月 1 日	至 令和 7 年 10 月 1 日						

●「※」欄は記入しないでください。

※受付日付印

※決裁欄	同日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	次長	係
	決裁日	令和 年 月 日				
	備考					

証明書番号(相手方自賠責)	12A34567		当事者	甲(加害者)	氏名	▲▲ ▲▲	連絡先	090-0000-2222
自動車登録番号	群馬 〇〇 〇 〇〇〇〇			乙(被害者)	氏名	農業 米男	連絡先	027-000-0000
乙(被害者)の状態	運転・同乗・歩行・その他()		交通状況		混雑・普通・閑散			
天候	晴れ・曇り・雨・雪・霧		明暗		昼間・夜間・明け方・夕方			
道路状況	見通し	良・悪	形状①	直線・カーブ	形状②	平坦・坂		
速度	甲車両	40 km/時 (制限速度 50 km/時)	乙車両	15 km/時 (制限速度 50 km/時)				
信号	有無	有・無	色	甲者側	青・赤・黄	乙者側	青・赤・黄	
標識	一時停止	有・無	駐停車禁止	有・無	その他標識			



令和 6 年 12 月 2 日

報告者

甲との関係()
乙との関係(本人)被保険者氏名
(自署)

農業 米男

念書兼同意書

記入例

事故発生日 令和 6 年 12 月 1 日

事故発生場所 ○○市○○町○○番地

被害者名 農業 米男

被保険者名 農業 米男

加害者住所 ▲▲市▲▲町▲▲番地

加害者名 ▲▲ ▲▲

1. 上記の事故に関して、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。

(1) 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴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。

2. 上記の事故に関して、私が健康保険法による保険給付を受けた場合は、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条の規定によって健康保険組合が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ついて異議はありません。

3. 上記の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。

(1) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の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）、診断書等）について保険会社等から提供を受けること。

(2) 健康保険組合が私の保険の給付及び上記の事故による求償業務に関して必要な事項（診療報酬明細書の写し等）について、保険会社等に対して提供すること。

(3) この念書兼同意書をもって上記の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。

(4) この念書兼同意書を保険会社等へ提示すること。

令和 6 年 12 月 2 日

被保険者 住所 前橋市○○町100番地

氏名(自署) 農業 米男

(被害者が被扶養者の場合)

被扶養者 住所

氏名(自署)

交通事故証明書（人身事故）取得不能理由書 記入例

当事者	運転者（甲）	住所	▲▲市▲▲町▲▲番地 Tel ()		
		氏名	▲▲ ▲▲	生年月日	昭 ^平 5年1月1日（31才）
		自賠責保険（共済）契約先	〇〇農業協同組合	自賠責保険（共済）証明書番号	第 12A34567 号
		登録番号	〇〇 〇	車体番号	〇〇〇〇
	被害者（乙）	住所	群馬県前橋市〇〇町100番地 Tel 123 (456) 7890		
		氏名	農業 米男	生年月日	昭 ^平 元 年 1 月 1 日（36才）
		自賠責保険（共済）契約先	□□農業協同組合	自賠責保険（共済）証明書番号	第 89B01234 号
		登録番号 車体番号	□□ □	事故時の状態	<input checked="" type="radio"/> 運転 ・ 同乗（甲・乙）・歩行・その他
事故発生日		令和6年12月1日 午後3時00分 天候 晴れ			
発生場所		〇〇市〇〇町〇〇番地 において			
届出警察		〇〇 警察 担当官	届出年月日	令和 6 年 1 2 月 1 日	
甲・乙 以外の 当事者	住所		氏名		
	自賠責保険（共済）契約先		自賠責保険（共済）証明書番号	第 号	
人身事故証明書取得不能理由					
【例】受傷が軽微で短期間で治療を終了見込のため。					
添付書類					
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故車両の写真・修理見積書及び示談書 ・ 車体番号契約の場合——車検証写または登録済証写 ・ 物損事故届のある場合——当該事故証明書 ・ 構内事故の場合——構内責任者の事故現認書 					

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。

令和 6 年 1 2 月 1 日

運転者（甲） 住所 _____

被害者（乙） 群馬県前橋市〇〇町100番地

その他 氏名（自署） _____

() 農業 米男 Tel 123 (456) 7890

上記事故を目撃したことを証明します。 令和 年 月 日

目撃者 住所 _____

氏名（自署） _____ Tel ()