

被 保 険 者	記号	999	被保険者氏名	菅仁 花子								
	番号	9999	現住所	〒999-9999 〇〇県△△市××99								
	日中連絡の取れる連絡先	□自宅 □勤務先 □携帯		03-333-3333								
	メールアドレス	〇〇〇〇 @ jp.sony.com										
事 故 該 当 者	本人の場合	氏名	菅仁 花子		生年月日	昭和 平成 令和 昭和 平成 令和	55	年	5	月	5	日
	被扶養者 (家族)の場合	氏名			生年月日							
		職業			続柄							
事 故 内 容	発 生 年 月 日	令和 1 年 5 月 1 日 (水)		午前・午後		10	時	30	分頃			
	発 生 の 場 所	品川区南旗の台9丁目-500										
	傷 病 名	右大腿骨骨折										
	種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他()										
	警 察 官 の 立 会 い	あった・ない・ないが届出済・わからない										
	所 轄 署	荏原 警察署		派出所								
過 失 の 度 合 い	本人の過失		相手側の過失									
	0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10		0、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10									
健 康 保 険 で 治 療 を 受 け た 医 療 機 関	医療機関名	品川大学附属病院										
	期 間	令和 1 年 5 月 1 日		～ 令和 (治療中)		年 月 日						
	医療機関名											
	期 間	令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日								
自己負担分の支払い	自分が支払った・相手(保険会社)が支払った											
事 故 相 手	氏名	健保 太郎		生年月日	昭和 平成 令和	2	年	2	月	日		
	住所	〒888-8888 ●●県▲▲市××88-88		TEL	03-999-9999							
	勤務先名	(株)健保運送		TEL	03-888-8888							
	勤務先住所	〒777-7777 〇〇県▽▽市××77-										
事 故 相 手 の 保 険 加 入 状 況	保険種別	自 賠 責 保 険		任 意 保 険								
	保 険 契 約 者	氏 名	(株)健保運送		健保 太郎							
	車 輛 保 有 者	氏 名	同上		同上							
	保 険 証 明 書 番 号	T065-196		M-19980514-1								
	保 険 の 契 約 会 社 名 及 び 所 在 地	名 称	帝都海上火災 保険(株)		日静海上火災 保険(株)							
		住 所	品川 支店・支社 〒666-6666		品川 支店・支社 〒555-5555 ◇◇県◆◆市××55-55							
連 絡 先	TEL 03-777-7777 担当者 健保五郎		TEL 03-666-6666 担当者 保険八郎									

※該当文字を○でかこみ、必要事項は記入してください。

※添付書類

交通事故証明書が必要です

健保使用欄			
常務理事	事務長	係	係

健保使用欄	
求	償
する	しない

【健保使用欄】

負傷原因調査書

令和 元 年 5 月 7 日 届出

記号	番号	被保険者氏名
999	99999	菅仁 花子
日中連絡がとれる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03 - 333 - 333

負傷した方	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 ・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名 続柄)
傷病名	右大腿骨骨折
負傷日時	令和 元 年 5 月 1 日 (水) 午前 10 時 30 分頃
負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用(休暇)中 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通勤途中(<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し) <input type="checkbox"/> 通学途中
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
負傷原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故(自転車事故含む) ⇒ (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者との事故) <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 名前:) <input type="checkbox"/> どれもあてはまらない
相手はいますか。	相手: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (相手の名前: 健保 太郎) <input type="checkbox"/> 無
警察への届出	<input checked="" type="checkbox"/> 済 (荏原 警察署) <input type="checkbox"/> 未届
負傷した時の状況を詳しくご記入ください。	自転車で道路を横断しようとしたら、制限速度10kmオーバーの自動車に追突されて転倒した。
受診した医療機関名	品川大学附属病院
診療期間	令和 元 年 5 月 1 日 ~ 令和 年 月 日 (治療中)
医療機関での治療代の支払	<input checked="" type="checkbox"/> 全額自己負担 <input type="checkbox"/> 自己負担なし <input type="checkbox"/> 保険証使用
上記のとおり相違ありません 令和 元 年 5 月 7 日 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 菅仁 花子	

- 負傷した原因が他人の行為による場合は、別途追加書類が必要となることがあります。
- 業務上、通勤上の疾病・負傷の場合は、労災保険による給付の対象となり、健康保険が使えないことがありますので、事前にお勤め先の担当者へご確認下さい。

※個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニーシティ11階 ソニー健康保険組合 TEL:050-3807-5059 FAX:050-3807-5184

健保使用欄			
常務理事	事務長	係	係

健保使用欄	
求	償
する	しない

R4.1

【健保使用欄】

同意書

ソニー健康保険組合が損害賠償額の支払いの請求を加害者または、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。

令和元 年 5 月 7 日

■被害者・法定代理人

住 所	〇〇県△△市××99-99
記 号 番 号	999 — 99999
氏 名	曾 仁 花 子 曾 仁
(未成年者等氏名)	

(注) 被害者が未成年者等の場合には法定代理人が記入してください。

押印必須

念 書

事故発生日

事故発生場所

加害者(相手)氏名

令和 **元** 年 **5** 月 **1** 日 品川区南旗の台9-500 において 健保 太郎

被害者氏名

の不正行為により、曾仁 花子 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 ソニー健保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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は、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。
3. 加害者から金品を受けたときには受領年月日・内容・金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴組合に届け出ること。
4. 治療終了(症状固定)したときは、遅滞なく貴組合に連絡すること。

令和 **元** 年 **5** 月 **7** 日

住 所	〇〇県△△市××99-99
記号番号	999 — 99999
被保険者名	曾仁 花子 曾仁

押印必須

事故発生状況報告書

下記の通り事故の報告を致します。

記号	999	番号	99999	氏名	曾仁 花子
事故日	令和 元 年 5 月 1 日				
甲(事故の相手)氏名	健保 太郎		乙(事故該当者)氏名	曾仁 花子	
自損	運転・同乗{甲車・甲車以外の車}、歩行、 その他				
速度	甲車 50 km/h(制限速度 40 km/h)、甲車以外の車 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場における自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況地図(道路幅をmで記入して下さい)				甲車 甲車以外の車 進行方向 信号 一時停止 一方通行 人 自転車(オートバイ)
書いて下さい。上記図の説明を	被害者は上図の▲▲道路を自転車で横断しようとしたところ制限速度10キロオーバーの甲車に追突され路上に転倒する				
治療を受けた病院名	品川大学附属病院				
治療を受けた期間	令和 元 年 5 月 1 日 ~ 令和 年 (治療中) 月 日				

自動車の番号	123456789	運転者氏名	健保 太郎
保有者	〒 888-8888 住所 ●●県▲▲市××88-88	氏名	健保 太郎 (電話) 03-9999-9999

令和 元 年 5 月 7 日

甲との関係()
 報告者
 乙との関係(夫)

押印必須

 氏名 曾仁 次郎 曾仁