

交通事故、第三者(他人)等の行為による傷病届

本人・家族

平成 17 年 4 月 1 日 届出

※被保険者本人が氏名を記入した場合、必要事項は記入してください。

被害者	被保険者証	記号	999	氏名	健保 花子 (印)	
	記号と番号	番号	99999	現住所	〒999-9999 ○○県△△市××99-99	
		日中連絡の取れる連絡先			<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03-3333-3333
		メールアドレス			○○○○	@ jp.sony.com
加害者	被害者が勤務している事業所		名称	ソニー株式会社		
	被扶養者がうけた事故である時		氏名		被保険者との続柄	
関係	加害者	氏名	健保 太郎		TEL 03-9999-9999	
		現住所	〒888-8888 ●●県▲▲市××88-88			
	加害者の勤務先	名称	TEL			
所在地		〒				

事故内容	発 生 年 月 日	平成 17 年 3 月 25 日 (土)		午前・後 11 時 30 分頃
	発 生 の 場 所	品川区南旗の台9丁目		
	傷 病 名	打撲		
	種 別	自動車事故・バイク事故・自転車事故・ <u>殴打</u> ・刺傷・その他()		
	事 故 結 果	即死・入院直後の死亡・入院中の死亡(死亡年月日) <u>治療</u>		
	警 察 官 の 立 会 い	<u>あった</u> ・ 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	
	<u>0</u> , 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, <u>10</u>	

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	平成 17 年 3 月 25 日 ~ 平成 17 年 3 月 31 日		
	医療機関名			
	期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
自己負担分の支払い		<u>自分が支払った</u> ・ 相手(保険会社)が支払った		

この届に添えて提出する書類	交の通と事きは	1. 交通事故証明書	受付日付印
		2. 負傷原因調査書	
3. 同意書			
4. 念書			
5. 事故状況発生報告書			
6. 死亡の場合は、戸籍抄本および死亡診断書			
7. 示談をしているときは示談書の写し			

※治療した時は、その旨連絡してください。

※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 ソニー本社ビル11階 ソニー健康保険組合 TEL：050-3807-5059 FAX：050-3807-5184
 ※FAX、メール添付で急ぎ一報いただく際は、送信先を十分確認して送信して下さい。健保では誤送信の責は負えません。

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】

記号	番号	氏名
999	999999	健保 花子

※加害者に対人賠償保険又は、同乗運転者の搭乗者傷害保険などの加入がある場合は加入状況の内容を添付してください。

加害者の保険加入状況	自賠責保険	保険契約者	氏名	TEL
		車輜保有者	氏名	TEL
		自賠責保険の証明書番号		第 号
		自賠責保険の契約会社名及びその所在地	名称	保険(株) 支店・支社
	住所		〒	
	TEL		担当者	
	任意保険	保険契約者	氏名	TEL
		車輜保有者	氏名	TEL
		任意保険の証明書番号		第 号
		任意保険の契約会社名及びその所在地	名称	保険(株) 支店・支社
住所	〒			
TEL	担当者			
示談	示談が成立		平成 年 月 日	請求権を放棄した
	平成 年 月 日 成立していない		平成 年 月 日 現在	平成 年 月 日

※自動車事故の場合は下の報告は記入不要、「事故発生状況報告書」を別途提出してください。

事故発生の状況	事故現場の見取図
加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動をわかりやすく、くわしく記入してください。	事故が発生した場所の見取図を記載してください。また、被害者と加害者の行動を、 <u>赤点線</u> をもって表示してください。
飲食店内で口論からトラブルになりで相手から殴られた。	

負傷原因調査書

平成 17 年 4 月 1 届出

記号	番号	被保険者氏名
999	99999	健保 花子
日中連絡が取れる電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	03 - 333 - 3333

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	打撲
負傷日時	平成 17 年 3 月 25 日 (土) 午前 ・ 午後 11 時 30 分頃
負傷した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休暇中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用中 <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)
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (飲食店内)
負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故(自動車事故含む) ⇒ (<input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> 第三者との事故) ※別途届出あり <input checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/> あなたは被害者 ・ <input type="checkbox"/> あなたは加害者) <input type="checkbox"/> 無 (相手の名前: 健保 太郎)
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。	飲食店内で口論からトラブルになりで相手から殴られた。
受診した医療機関	名称 品川大学附属病院
診療期間	平成 17 年 3 月 25 日 ~ 平成 17 年 3 月 31 日
治療代(窓口負担)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 平成 17 年 4 月 1 日 被保険者氏名 健保 花子 健保	

- 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 ソニー本社ビル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

【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。

平成 17年 4 月 6 日

■被害者・法定代理人

住 所	●●県▲▲市××88-88
記 号 番 号	999 ————— 99999
氏 名	健保 花子 健保
(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。

念 書

事故発生日

事故発生場所

加害者(相手)氏名

平成 17 年 3 月 25 日 品川区南旗の台 9 において 健保 太郎

被害者
氏名

の不正行為により 健保 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、必ず前もって貴職に、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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 17 年 4 月 6 日

住 所	●●県▲▲市××88-88
記号番号	999 — 999999
被保険者名	健保 花子

健保

印を
忘れず
(日付
印不
可)

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		番号		氏名											
事故日	平成 年 月 日														
甲(甲車の運転者)氏名				乙(被害者)氏名											
自損	運転・同乗{甲車・甲車以外の車}、歩行、 その他														
速度	甲車 km/h(制限速度 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図示して下さい。	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				
	<h2 style="margin: 0;">提出の必要なし</h2>														
書いて下さい。	上記図の説明を ----- ----- -----														
治療を受けた病院名															
治療を受けた期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日														

自動車の番号		運転者氏名	
保有者	〒 住所	氏名	(電話)

平成 年 月 日

甲との関係()
報告者 氏名 _____ 印