

本人・家族

(その1)

被害者・加害者関係	被保険者等 記号・番号	記号		氏名		㊦
		番号		現住所		
	被害者が勤務して いる事業所	名称				
		所在地	TEL ( )			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	氏名		被保険者 との続柄		
	加害者	氏名		生年月日	明大昭平令 年 月	
		現住所	TEL ( )			
加害者の勤務先	名称又は 氏名		事業内容 又は職業			
	所在地 又は住所	TEL ( )				
加害者の住所氏名 が判らないとき	その理由					
事故内容	傷病名		発生 年月日	年 月		
				午前・後	時 分	
	発生の場所					
	種別	自動車事故 ・ バイク事故 ・ 殴打 自転車 刺傷 ・ その他 ( )				
	事故結果	即死 ・ 入院直後の死亡 (死亡 年 月 日) ・ 注 入院中の死亡				
	警察官の立合	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない				
所轄署	警察署				派出所	
過失の度合	自分がなんぶ	相手がなんぶ				
	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,				

この届に添えて 提出する書類	自動車事故 のときは	1 自動車事故証明書 2 事故発生状況報告書 3 診断書 4 死亡の場合は戸籍謄 本および死亡診断書
		5 示談をしているとき は示談書の写

受付日付印

事故発生状況	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。
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
事故現場の見取図	事故が発生した場所の見取図を記載してください。そして被害者と加害者の行動を、赤点線をもって表示してください。
	_____

「自動車事故発生状況報告書」をこの用紙に添えて提出するとき、この用紙に記入する必要はありません。

保加 害者 加入 自 状 動 況 車	責任保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 至	年 年	月 月	日 日	
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者 氏名					
	契約保険会社	名称						
		所在地	TEL ( )					
示 談 状 況	示談が成立	交渉中	年 月 日		請求権を放棄した			
		成立してない	現在		年 月			
	年 月 日	示談が成立していない理由			放棄した理由			
損 害	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名 )・しない・請求中						
	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した		年 月 日	治療費 休業補償 その他			
賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	損害賠償の種類	加害者直接賠償・保険会社からの賠償						
	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	賠償金の内訳	治療費(入院費を含む)					
		休業補償費	自	年 月 日	1日につき	円		
			至	年 月 日	計	円		
		葬祭費						
		慰籍料						
		見舞金						
		障害補償費						
		その他						
		合計						
	受領方法	全額	年 月 日		受領			
	および年月日 ( )回払	分割	第1回	円 年 月 日		受領		
		第2回	円 年 月 日		受領			
		第3回	円 年 月 日		受領			

治 療 状 況	この事故で医師の 治療を受けましたか		う け た ・ う け な い		
	治 療 を う け た と き	医 療 機 関	名 称		
			所在地	TEL( )	
		支 払 方 法	健康保険 ・ 加害者負担 ・ 自費 ・ その他( )		
		治 療 開 始	年 月 日	入 院	通 院
		転 帰	( 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治 癒 ・ 中 止		
		入院治療機関	入院自 年 月 日 ~至 年 月		
			通院自 年 月 日 ~至 年 月		
	後 遺 症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込			
	治 療 見 込	年 月 日 から約	日	ぐらい	

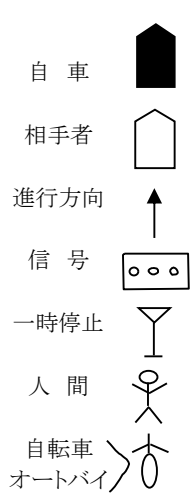


この欄は記入する必要ありません

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支 給 年 月 日	備 考
療養の給付	円	自 _____ 日間 至 _____		
療 養 費	円	マッサージ、コルセット 柔道整復施術、輸血		
傷病手当金	円	自 _____ 日間 至 _____		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			

# 事故発生状況報告書

(様式第11号)

保険証明書 番号	第	号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)		
自動車の番号				乙(被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗 歩行・その	
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	
道路状況	舗装	してある	歩道(両・片)	ある	直線・カーブ		
		してない		ない			
信号又は標識	平坦・坂	見通し	良い	積雪路	凍結路		
		悪い					
信号又は標識	信号	ある	駐停車禁止	されている	その他標識		
		ない		されていない			
速度	甲車両	km/h (制限速度	km/h)	乙車両	km/h (制限速度	km/h)	
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示して下さい。	<p>事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>						
下 上 記 図 の 説 明 を 書 い て							

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日  
報告者 甲との関係( )  
乙との関係( )



### 第三者側の自動車損害賠償保険等の内容について

保険の種類		自 賠 責 保 険			任 意 保 険		
保 險 会 社 名							
保 險 証 明 書 番 号		第 号			第 号		
保 險 契 約 者	住 所	TEL			TEL		
	氏 名						
自 動 車	車 種		都 道 府 県 別			都 道 府 県 別	
	登 録 ( 車 両 ) 番 号						
	車 台 番 号						
保 險 契 約 期 間		自 至			自 至 保 險 金 額 万		
車 輛 保 有 者	住 所	TEL			TEL		
	氏 名						
保 險 会 社 の	所 在 地	〒			〒		
	名 称						
	担 当 課 T E L 担 当 者 氏 名						
保 有 者 と 運 転 者 の 関 係		本人・従業員・親族・その他( )			本人・従業員・親族・その他( )		

# 診 断 書

傷 病 者	住 所				
	氏 名	男 女	年	月	日生( 歳)
病名及び態様					
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消して下さい。なお、下記注を参照のこと) 有り・無し・未定					
入院治療	日間				
(自)	年 月 日 (至)	年 月 日	を要す	年 月 日	治療継続中
通院治療	日間	[内治療 実日数 日]			
(自)	年 月 日 (至)	年 月 日	を要す		治療・見込
附添看護を	要す 要せず			理由	
自	年 月 日				
期間			日間		
至	年 月 日				

上 記 の 通 り 診 断 致 し ま す

年 月 日

所在地

名称

医師氏名

- 注 1. 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(損害保険会社並びに査定事務所に備付けてあります。)をご作成願います。
2. 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。





# 念 書

年 月 日 (場 所) (加害者氏名) の  
(被害者氏名) において の被った傷病について、健康保険法による保険給付を  
不法行為により の被った傷病について、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、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 加害者側と示談をおこなう場合は、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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

Ⓔ

税務会計監査事務所健康保険組合理事長 殿

# 誓 約 書

(場 所)

年 月 日 において  
(加害者氏名) の不法行為により (被害者氏名) の被った

傷病について、年 月 日より貴健康保険組合の給付による治療を受けておりますが、この医療費の損害賠償については、私の過失責任及び、当該事故に起因する範囲内において支払をすることを誓約いたします。

年 月 日

加害者(又は親権者)

住 所

氏 名

電話番号

㊞

連帯保証人(保険会社でも可)

住 所

氏 名

電話番号

㊞

税務会計監査事務所健康保険組合理事長 殿

①  
日  
頃  
)  
療  
:  
:  
10

）目力証事女をりつこ、罪女を三代に及言事、こ、こつ目こ係とて提出するにきよ、こつ其こ已入するに要より）に上。





)

其他

方

n)

千
円
)



変)

E

]





