

常務理事	事務長	係

総務課長	係長	係

年 月 日

レイズネクスト健康保険組合 御中

所属事業所名

被保険者氏名

印

交通事故による負傷届

下記のとおり届出いたします。

1. 事故発生日時 年 月 日() 午前(後) 時 分頃

2. 事故発生場所

3. 事故発生の状況 別紙事故発生状況報告書のとおり

4. 加害者自動車保険加入の有無及び加入の場合は契約保険会社名

加入の有無 契約保険会社名

自賠責保険 有・無

任意保険 有・無

5. 損害賠償請求の意思の有無 有・無

6. 健康保険使用について (○印をつけてください)

治療費 被保険者証使用しました

被保険者証使用していません

7. 添付書類 交通事故証明書 一通

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

届出者	被保険者証 記号番号		被保険者 氏名	㊞	職種		
	事業所名 (勤め先)			所在地 (勤め先)	〒	Tel ()	
被害者 (受診者)	氏名	男 女	才 続柄	住所	〒	Tel ()	
	事 故 内 容	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他()					
	警察への届出有無	有: 人身事故・物損事故 ※注1() 警察署 無: (理由)					
加害者 (第三者)	氏名	男 女	才	住所	〒	Tel ()	
	勤務先 又は職業			所在地	〒	Tel ()	
加害者が不明の理由							
事故発生	年	月	日	前後	時	分	
				発生場所	市	町	
					郡	村	
過失の度合	(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	
事故の相手の自動車保険加入状況							
傷病が 交通 事故 による 任意 保険 に よ る と き	自賠責	保険会社名			取扱店 所在地	〒	
		保険契約者名 (名義人)	住所 (所在地)		関係	保有者との 加害者との	
		自動車の種別	府県名	登録番号	車台番号		
		自賠責証明書番号			保険期間	自	年 月 日
					至	年 月 日	
		自動車の保有者名			住所 (所在地)	加害者 との関係	
任意 保険 に よ る と き	自賠責	保険会社名	火災海上(株) 農協	取扱店 所在地	〒	担当者名 Tel ()	
		保険契約者名	住所 (所在地)		〒		
		契約証書番号	保険期間		自	年 月 日	
					至	年 月 日	
	保険契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日			任意一括について ※注2 有・無		

受付日付印

※ 注1

物損事故で 処理した場合	別途「人身事故証明入手不能届」 の提出を求める場合があります。
-----------------	------------------------------------

※ 注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応では なく、任意保険が対応している場合です。
--



治療状況 (治療順)	①	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	②	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
	③	名称	入院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険
		所在地	通院	年 月 日から	年 月 日まで	自費・加害者負担・自賠責・社会保険

治療見込み
(治療終了日)

年 月 頃
(年 月 日終了)

(注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。
治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。

休業
補償

休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける)

ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求
エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など)
の請求予定

示損
害
談賠
償
の
支
状払
状
況

示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること

した・交渉中・しない(理由)

加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話合いの
状況を具体的に記入すること。

【受領日・金額】

【受領したものの名目】

月	日	円	()
月	日	円	()
月	日	円	()

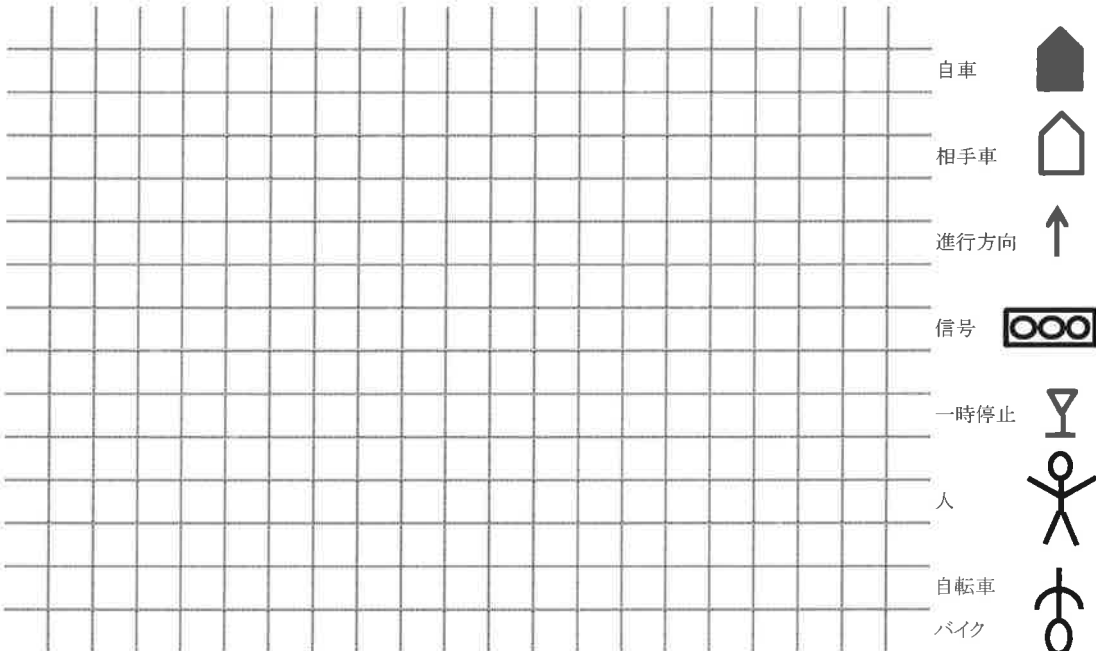
交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入して下さい。

(事故発生状況)

負傷原因報告書

被保険者記号番号		被保険者氏名			
事業所名		所在地			
職種		就業時間	時 分 から 時 分まで		
被扶養者が負傷したとき		氏名		被保険者の続柄	
負傷の原因 (詳細に記述すること)	○いつ(年 月 日(曜) 午前 時 分頃 午後 時 分頃)				
	○その日は 勤務日 公休日 会社の休日 私用で休み ○どこで(場所)				
	○なにをされているときですか ※具体的にご記入ください。 (なにをしに行くときですか)				
	○パート・バイト中の場合 ※被扶養者が勤務しているときはご記入ください。 勤務先名称 勤務先住所 (Tel. - -)				
	○出勤又は退社して帰宅中の負傷の場合は、会社から帰宅までを裏面に図示し 通勤経路及び負傷場所を記入してください。 ○次の欄は該当するものの番号を○印で囲んでください。 1. 職務中に生じた 2. パート・バイト中に生じた 3. 私用中に生じた 4. 事業所内で生じた 5. 事業所内で休憩中に生じた 6. 出勤の途中 7. 退社して帰宅中 8. 自宅において 9. 会社主催の体育祭等において ○他人の行為によって負傷させられたときは、その相手の 住所 氏名 (Tel. - -)				
上記のとおり相違ありません 年 月 日 被保険者の住所 氏名					

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 (電話)
自動車の番号				乙 (受診者)	氏名 (電話) 運転・同乗 歩行・その他
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・夕方
道路状況	舗装 してある してない		歩道(両・片) ある ない		直線・カーブ
	平坦・坂・見通し		良い 悪い		積雪路・凍結路
信号又は標識	信号 ある ない	自車側信号(青・赤・)		相手側信号(青・赤・)	駐停車禁止 されている されていない その他の標識
速度	甲車両	km/h(制限速度	km/h)	乙車両	km/h(制限速度
					km/h)
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)				
					
上記図の説明を 書いてください。					

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() 氏名 _____ (印)

念書 兼 同意書

事故発生日 平成・令和 年 月 日

事故発生場所

被害者名

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

Ⓔ

電話番号

被扶養者 住所

氏名

Ⓔ

電話番号