

第三者の行為による傷病届 (交通事故・その他)

受付印

令和 年 月 日 下記の通り届出します。

この届に添付する書類等	1. 事故発生状況報告書 2. 念書 3. 同意書 4. 交通事故証明書 5. 人身事故証明書入手不能理由書 (物件事故の場合) 6. 診断書
示談した場合	その示談書の写しを添付

届出者及び負傷した方の状況	被保険者		記号	番号	
	被保険者の	氏名	電話		
		住所	〒		
	被保険者の勤務先	名称	電話		
		所在地			
	負傷者	氏名	(歳)	続柄	
負傷者は何の用務中でしたか	通勤中・業務中・帰宅後・出勤前・休日・休暇・休み時間中・出張中・その他() ※通勤中・業務中の負傷は、「労災保険適用」です。健康保険は使用できません。(パート・アルバイト含む)				
相手方の状況	相手方の		氏名	(歳) 電話	
			住所	〒	
	※車の所有者との関係 本人・従業員・親族・その他()				
	相手方の勤務先		名称	所在地	
	※相手方の保険の種類		自賠責保険のみ ・ 自賠責保険と任意保険 ・ 無保険 ・ (その他の保険)		
相手の人が不明の時は、その理由		理由・・・			
事故及び受診等の状況	傷病名・・・		事故発生年月日	令和 年 月 日() 午前・午後 時 分頃	
	事故発生場所	過失割合(責任度合)(自分:相手) :			
	事故の種類	自動車事故・バイク事故・自転車事故・殴打・刺傷・その他事故()			
	警察署届出の有無	有(警察署)・無(未届けの理由)			
	医療機関(接骨院等含む)名称・所在地		治療期間	使用した保険等の種類	
	(名称)	(所在地)	・・・～・・・	健康保険・自費〔保険会社払・(その他)〕	
	(名称)	(所在地)	・・・～・・・	健康保険・自費〔保険会社払・(その他)〕	
	(名称)	(所在地)	・・・～・・・	健康保険・自費〔保険会社払・(その他)〕	
治療経過		令和 年 月 日 現在 入院中 ・ 通院加療中 令和 年 月 日 治療終了(治ゆ)・令和 年 月 日 治療中止			

※については自動車事故以外の場合は記入する必要はありません。

※相手方の自賠責保険	契約保険会社	名称	支店名	
		所在地	〒	
		電話番号	担当者名	
	自賠責保険証明書番号	車両番号		
	車の車種	車体番号		
保険契約者の	氏名			
	住所	〒		
車の所有者の	氏名	契約者との関係	本人・譲受人・借受人 その他()	
	住所	〒		
保険期間	平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ヶ月			
相手方の任意保険で対応する場合	任意保険証明番号	第 号		
	保険期間	平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ヶ月		
	任意保険会社の名称		支店名	
	" 所在地		〒	
	" 電話番号		担当者名	
保険契約者の	氏名	保険契約者と相手方との関係		
	住所	〒		
示談の状況	示談成立(令和 年 月 日)・・・示談書添付 令和 年 月 日現在、交渉中・交渉していない			
	請求権放棄とその理由		令和 年 月 日、請求権放棄 理由・・・	
	損害賠償請求状況		1. 請求した { 治療費 円 休業補償 円 その他 円 2. 請求していない 理由・・・	
※自賠責保険への請求状況		1. 請求した(令和 年 月 日請求) 2. 請求していない 理由・・・		
備考	※負傷者側の任意保険で対応している場合は、備考欄に損害保険会社名、支店名、担当者名、電話番号を記入してください。			

事故発生状況報告書 (交通事故以外の場合)

甲 (加害者)	氏名	乙 (被害者) あなた	氏名
事故発生 の 状 況	当事者の行動をわかりやすく、詳しく記入してください。		

事故現場 の 見 取 図	事故の発生した見取り図を記入してください。 (当事者の位置や動きも、分かる範囲で記入してください)		

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()



念 書

事故発生場所

令和 年 月 日 [] において、

相手方氏名 [] の不法行為により [被保険者等氏名] 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、同法第57条（代位取得規定）に基づき、私が相手方に対して有する損害賠償請求権をトヨタ紡織健康保険組合が給付の価額の限度において取得並びに行使し、かつ賠償金を受領することに異議ありません。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険等へ請求するときは、事前にその旨を報告します。
2. 相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
3. 相手方に白紙委任状を渡しません。
4. 相手側から金品（自動車損害賠償保険の保険金受領含む）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お届けします。
5. 受診している病院等が変わったとき、又は、治療が終了したときは、その旨を貴職に連絡します。

令和 年 月 日

住 所

被保険者

氏 名

印

トヨタ紡織健康保険組合理事長 殿

R6.12改訂

同意書

私が交通事故等により被った保険事故について、健康保険法第57条の規定によりトヨタ紡織健康保険組合が保険給付の支払いにかかる損害賠償額を相手方の加入する損害保険会社（自動車損害賠償責任保険・共済等）等に請求するため、請求書類として、当該保険事故にかかる保険給付の明細書（診療報酬明細書及び現金給付の明細書）の写しを添付することに同意します。

併せて当該保険事故に関係する医療機関及び損害保険会社等への照会とその回答を受理することに同意します。

令和 年 月 日

住 所

受診者 氏 名

印

(親権者)

印

※受診者が扶養家族で未成年の場合、記入してください。

トヨタ紡織健康保険組合理事長 殿

- ※ 診療報酬明細書
医療機関が健康保険の保険者に医療費を請求するための請求書のことで、カルテから作成され、入院・外来別に1ヶ月ごとに1枚提出があります。
- ※ 現金給付の明細書
高額療養費・療養費・埋葬諸費等の支給明細書