

第三者の行為による傷病届

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿

受付	
受付No.	—

日時等	事故日	年 月 日 (曜日)							午前	時	分ごろ	
	発生場所	都・道 府・県							区 市・郡	町 村		
	届出警察署	(人身・物損)										
被保険者	保険証等の記号・番号								被保険者 氏名			
	職 場	工 場 部 課・室 組・G							日中の連絡先	()		
負傷者	氏 名	TEL () -										
	住 所	〒 -										
	事故の状態	徒步・自転車・オートバイ・乗用車・同乗・その他()										
	運転者の運転状態	正常運転・飲酒・無免許・速度() kmオーバー・その他()										
	何の用務中	就業時間中・通勤途上・その他() ※就業時間中・通勤途上の負傷は労災保険適用です。健康保険使用できません。(パート・アルバイト含)										
	受診状況	病院名					入院の有無	有() 日間		・ 無		
		傷病名					治癒見込み			年 月頃		
	医療機関での窓口支払	医療機関での窓口支払は誰がしていますか?										
	<input type="checkbox"/> 自分	<input type="checkbox"/> 自分の保険会社	<input type="checkbox"/> 相手又は相手の保険会社	<input type="checkbox"/> 市町村の助成制度								
人身傷害保険加入状況	保険会社				担当者名	TEL()		-				
事故の相手	氏 名	TEL () -										
	住 所	〒 -										
	勤務先又は監督義務者	名称又は氏名	TEL () -									
		所在地又は住所										
	事故の状態	自転車・オートバイ・乗用車・トラック・その他()										
	自賠責保険	保険会社				証明書番号						
		保険会社				証明書番号						
	任意保険	〒 -										
	担当者名	TEL () -										
求償の可否	可	57条・57条の2・116条・117条				否	請求権なし(自損・100%過失)・不能					
		自賠責保険・任意保険・加害者・本人										
付加金	支払・停止	マスタ登録	/	マスタ取消し	/	治癒日	年 月 日					
コメント												

事故発生状況報告書

運転者		甲(事故の相手)	氏名			
		乙(当事者)	氏名			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 していない	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	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	
現場状況における事故の相手と当事者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(路幅をmで記入して下さい。)					
	甲車					
	乙車					
	進行方向					
	信号					
	一時停止					
	人間					
書上 い記 て図 下の さ説 い明 °を	(なにをしているときに・どのように・どうして)					

年　月　日

報告者　乙との関係() 氏名 印

念 書(兼 同意書)

事故発生年月日	年 月 日	
事故発生場所		
被 告 者 氏 名	相 手 方 氏 名	

1. 上記事故に関して、健康保険法による保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受け取った際は、受領の年月日・内容・金額(評価額)等をもれなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。
2. 上記事故に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等(相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社(共済)等をいう。以下同じ)に対する被害者請求権を保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
3. 上記事故に関して、私の個人情報及びこの念書(兼同意書)の取り扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の保険の請求、決定及び給付(その見込みを含む)の状況等について私が保険金請求権を有する人身傷害保険等取扱い保険会社(共済)に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私の保険の給付及び上記2の業務に関する必要な事項(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)等)について保険会社を含む加害者側から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私の保険給付及び上記2の業務に関する必要な事項(診療報酬明細書(レセプト)等の保険給付額の算出基礎となる資料)について、保険会社を含む加害者側に対して提供すること。
 - (4) この念書(兼同意書)をもって上記2に掲げる事項に対する保険会社を含む加害者側への同意を含むこと。
 - (5) この念書(兼同意書)を保険会社を含む加害者側へ提示すること。

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿

年 月 日

被保険者氏名 _____ 印

被 告 者 氏 名 _____ 印

↑被害者氏名が被保険者と同じ場合は1箇所の記入で可

〈相手の方の提出書類〉

トヨタ自動車健康保険組合 理事長殿

誓 約 書

年 月 日、(場所) _____ で発生した

事故により、(相手) _____ が被った傷病の治療費を、一旦貴組合で
立て替えていただきたく、お願い致します。

なお、立て替えていただいた治療費は、当事者間の過失割合により、当方の過失相応分に対し
貴組合から請求があった場合は、指定納付期限までにすみやかに全額納付いたします。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約いたします。

1. 相手方と示談をする場合は、必ず前もって貴組合に申し出ること

2. 貴組合からの問合せ・資料提出等の依頼に、誠意をもって応ずること

以 上

年 月 日

誓 約 者 住所

氏名

印

連絡先

連帯保証人 住所

氏名

印

連絡先