

交通事故・自損事故・第三者等の行為による傷病届

届出者	事業所名				所在地				
	被保険者証 記号-番号	-		被保険者氏名			職種		
被害者	氏名		年齢	才	性別	1 男 2 女	続柄		
	住所							(連絡先)	
	事故の内容	<input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> バイク事故 <input type="checkbox"/> 歩行中 <input type="checkbox"/> 殴打 <input type="checkbox"/> 刺傷 <input type="checkbox"/> その他 (   )							
警察への届出	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 人身事故 <input type="checkbox"/> 物損事故 ) <input type="checkbox"/> 無 ( 理由   )								
加害者	氏名		年齢	才	性別	1 男 2 女	住所	(連絡先)	
	勤務先 (職業)							所在地	
	加害者が不明の場合	理由 (   )							
事故発生 (日時と場所)	令和	年	月	日	午前 午後	時	分	頃 場所	
過失の割合 (割合)	自分	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10					相手	1・2・3・4・5・6・7・8・9・10	

相手方の自動車保険の加入状況

傷病が交通事故による ときの記入欄	自賠責	保険会社名				所在地 (取扱店)				(連絡先)		
		保険契約者 (名義人)				住所				(連絡先)		
	任意	自動車の種別				登録番号			車台番号			
		自賠責 証明番号				保険期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月
	任意	自動車名義 (所有者名)				住所				加害者との関係		
		保険会社名				所在地 (取扱店)				(連絡先)		
	任意	保険契約者 (名義人)				住所				(連絡先)		
		契約証書 番号				保険契約 期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月
	任意	任意一括対応について	有・無		保険会社 関与の有無	有・無		保険会社 担当者及び連絡先				

治療状況	名称	入院	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	住所	通院	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	名称	入院	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	自費・加害者負担・自賠責・健康保険
	住所	通院	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日	自費・加害者負担・自賠責・健康保険

○本件は、労災保険の給付対象となる業務上または通勤による交通事故ではありません。

受付印

(注意)

- 任意一括対応とは、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をいいます。
- 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右側に当該保険会社名、連絡先、担当者氏名を記入して下さい。
- 自賠責共済、任意共済の場合は、自賠責保険（任意保険）各欄の「保険」を「共済」と読み替えて下さい。



## 事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 _____ 号	当 事 者	甲 (相手・加害者)	氏名 _____	連絡先 _____
自動車の番号	_____		乙 (被害者)	氏名 _____	<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他
天候	<input type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧	交通状況	<input type="checkbox"/> 混雑 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散	明暗	<input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 明け方 <input type="checkbox"/> 夕方
道路状況	舗装 <input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	道路の見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		
	中央車線 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	道路の状態 <input type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 路面凍結 <input type="checkbox"/> 積雪路			
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	自転車側信号 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄	相手側信号 <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄		
	駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> 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)			

※右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し道路幅は、mで記入して下さい。

- 自車 (乙)
- 相手車 (甲)
- 進行方向
- 信号
- 一時停止
- 人
- 自動車バイク

事故発生の経緯		日時	出勤日 休日 その他 ( _____ )
		時間帯	勤務時間中 通勤途上 私用 その他
		場所	事業所 道路上 自宅 その他 ( _____ )
		労災	該当 不該当

上記内容に間違いありません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

届出者氏名 \_\_\_\_\_



## 同意書

茨城県農協健康保険組合 理事長 殿

私が加害者( )に対して有する損害賠償請求権は、法令により、茨城県農協健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、茨城県農協健康保険組合が損害賠償の支払いの請求を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(レセプト)の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、茨城県農協健康保険組合は、受領金額ならびにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について、情報提供を受けること及び保険医療機関等に対し事故による診療に関する内容照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

1. 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申出すること
2. 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと
3. 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日・内容・金額を速やかに届出すること
4. 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること

令和 年 月 日

届出者(被保険者)

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

## 交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名	生年月日		年齢 歳
	車種	車両番号		
	自賠責保険 契約先	自賠責証明書 番号		
	事故時の 状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名	生年月日		年齢 歳
	車種	車両番号		
	自賠責保険 契約先	自賠責証明書 番号		
	事故時の 状態			
甲乙 以外の 当事者	住所	生年月日		年齢 歳
	氏名	車両番号		
	自賠責保険 契約先	自賠責証明書 番号		
交通事故証明書を 入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが、事故の事実に相違ありません。

(甲) 住所 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (連絡先) \_\_\_\_\_

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ (連絡先) \_\_\_\_\_

上記のとおり報告します。

令和 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

被保険者 \_\_\_\_\_

⑩