

被保険者	事業所・所属名: 〇〇工業㈱△△部 TEL 06 (999)9999	事故発生の日時: 平成 〇〇 年 〇 月 〇 日
	被保険者記号番号 [123]-[4567]	午前・午後 10 時 30 分
	氏名: 健保 太郎 (健) 印	事故発生の場所: △△市〇〇区〇〇交差点
	生年月日: 昭・平 〇〇 年 〇 月 〇 日	現場見取図
住所: 〒999-9999 〇〇市△△区××町1-1 TEL 999 (9999) 9999	事故が発生した場所の見取り図を下記の符号を使って詳しく記入してください。	
受傷者区分	被保険者(本人) (被扶養者(家族))	
事故区分	(被害者)・加害者・自損事故・その他()	
受傷者が被扶養者の場合	氏名: 健保 一郎 続柄 長男	
	生年月日: 昭・平 〇〇 年 〇 月 〇 日	
	住所: 被扶養者が別居のときは、居住している住所地を記入してください。(学生で遠隔地に下宿している場合など)	
事故発生の原因・状況 加害者・被害者の行為を詳しく記入してください	〇〇線△△駅へ向かう途中の〇〇交差点で青信号で横断歩道を渡っていたところ、右前方から加害者の運転する車が右折してきて×地点でぶつけられた。	
	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詳しく記入してください。	
事故の責任(過失割合)	自分 10 %	自分と相手の過失についてご自身で考えておられる割合をご記入ください。
	相手 90 %	
負傷状況 傷病名・入院 通院・死亡など	右足骨折、〇〇病院に入院 全治3ヶ月の見込み	
治療状況(見込み)	治療開始: 平成 年 月 日 入院・通院	治療完了見込: 平成 年 月 日頃
	後遺症: ある見込 (ない見込)	治療を行った医療機関と治療の状況を書いてください。
	医療機関: 名称	TEL ()
支払方法: 健康保険・自費・加害者負担・その他()		
第三者(相手)について	氏名: 性別(男・女)	第三者(相手)の雇用主(車の所有者)
	生年月日: 昭・平 年 月 日生 職業	
	住所: 〒	
第三者(相手)の自動車損害賠償責任保険	自賠責保険	第三者(相手)の任意保険
	保険会社名	
	所在地: 〒	
	担当者氏名:	
	TEL ()	
保険請求: 被害者・加害者	所轄警察署	
その他	人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずご記入ください。	
	人身傷害取扱保険会社	
	証書記号番号	取扱保険会社について所在地・担当者・連絡先等を詳しく記入してください。
	所在地: 〒	
	電話番号	
担当者名	警察署・交通安全協会に申し込むと約10日から14日とれます。	

注意事項

- 届出書には必ず「念書」を添付してください。
- 届出後、自動車事故の場合は、速やかに自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書(人身事故用)」を提出してください。その他の場合は、警察への被害届受理番号を連絡してください。
- 健康保険を使用して受診された場合の治療費(自己負担分を除く)は健保組合が一旦立て替え支払い、治療完了後に加害者の加入する保険会社に請求しますので、必ず取扱保険会社名・住所・電話番号を必ず記入してください。
- 人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずその他の欄に取扱保険会社等をご記入ください。