

傷病届

(その1)

記入例

交通事故以外用

は通勤時の交通事故等は、健康保険で保険給付できません。
て労災保険の手続きを行なってください。
保険で治療をされている場合は、当健康保険組合に連絡してください。

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	999 - 9999	氏名	鉄商 太郎	
	住 所	〒 550 - 0000 大阪市△△区□□5-5-5	生年月日	昭和 50 年 5 月 5 日 生	日中連絡 の取れる 電話番号
	勤務先名称	大阪鉄商健康保険組合	電話番号	06 - 9999 - 9999	
	勤務先の 所在地	〒 550 - 0013 大阪市西区新町1-5-7	職 種	事務職	

被保険者ご自身が受診者の場合は省略できます。

受 診 者	氏名	鉄商 花子	続 柄	住所 (被保険者住所と異なるとき)
	生年月日	昭和 54 年 5 月 4 日 生	妻	電話 - -

相 手 方 (加 害 者)	氏名	四ツ橋 保夫	住 所	大阪市〇〇区△△1-1-1 電話 06 - 0000 - 0000
	勤務先名称	四ツ橋運送株式会社	勤務先の 所在地	大阪市■●区●●町2-2-2 電話 06 - 0000 - 9999
	相手方が不明な場合、その理由	相手が相手が分かり次第、必ず連絡してください。		

必要事項を記入し、該当に○をつけてください。

事 故 の 内 容 等	発生年月日	令和 1 年 3 月 25 日 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 3 時頃			
	発生の場所	大阪市△△区〇〇〇-0 先路上			
	傷病名	頸椎捻挫・右上肢遠位端骨折			
	事故の種別	<input checked="" type="radio"/> 自動車事故 ・ <input type="radio"/> バイク事故 ・ <input type="radio"/> 自転車事故 ・ <input type="radio"/> 暴力 ・ <input type="radio"/> その他 ()			
	何をして いるとき	工作中 ・ 通勤時 ・ <input checked="" type="radio"/> 私用中 (<input checked="" type="radio"/> ウォーキング) ・ <input type="radio"/> その他 ()			
	種別	当 方	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ <input checked="" type="radio"/> 徒歩中 ・ <input type="radio"/> その他 ()		
		相手方	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ <input checked="" type="radio"/> 徒歩中 ・ <input type="radio"/> その他 ()		
警察の届出	<input checked="" type="radio"/> 提出済 (所轄署 西警察署) ・ <input type="radio"/> 未提出 ・ <input type="radio"/> 不明				

受付日付印

受診した病院・薬局・整骨院などをすべて記入してください。

(その2)

治療状況	医療機関名	心斎橋救急病院	所在地	大阪市□□区××町1-1-1	
	治療期間	(自) 令和 1 年 3 月 25 日 ~ (至) 令和 1 年 4 月 5 日		自費・加害者負担・自賠責 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険	
	医療機関名	大阪整形外科	所在地	大阪市△△区○○町9-9-9	
	治療期間	(自) 令和 1 年 4 月 5 日 ~ (至) 令和 1 年 5 月 6 日		自費・加害者負担・自賠責 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険	
	医療機関名	おおさか薬局△△店	所在地	大阪市△△区○○町8-8-8	
	治療期間	(自) 令和 1 年 4 月 5 日 ~ (至) 令和 1 年 5 月 6 日		自費・加害者負担・自賠責 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険	
治療終了・見込		<input checked="" type="checkbox"/> 終了 令和 1 年 5 月 6 日・見込 年 月 頃・未定			

相手方(加害者)の損害賠償保険加入状況	自賠責	保険会社	(担当者名)		取扱店所在地	電話 - -		
	任意	加入の有無	任意保険に加入 <input checked="" type="checkbox"/> している・していない			契約証書番号	第 Z Z Z 000000 号	
		保険会社	●×損害保険株式会社 (担当者名 ○山)		取扱店所在地	大阪市○○区■2-2-2 電話 06 - 8888 - 0000		
		保険契約者名	四ツ橋 保夫		住所(所在地)	大阪市○○区△△1-1-1 電話 06 - 0000 - 0000		相手との関係 本人
	任意	登録番号(車のナンバー)	車台番号	自賠責保険証明書番号	第 号			
	任意	保険期間	(自) 年 月 日 ~ (至) 年 月 日					
	任意	自動車の保有者名	住所(所在地)		電話 - -		相手との関係	
	任意	加入の有無	任意保険に加入 <input checked="" type="checkbox"/> している・していない			契約証書番号	第 Z Z Z 000000 号	
	任意	保険会社	●×損害保険株式会社 (担当者名 ○山)		取扱店所在地	大阪市○○区■2-2-2 電話 06 - 8888 - 0000		
	任意	保険契約者名	四ツ橋 保夫		住所(所在地)	大阪市○○区△△1-1-1 電話 06 - 0000 - 0000		相手との関係 本人
任意	保険契約期間	(自) 平成 30 年 10 月 1 日 ~ (至) 令和 1 年 10 月 1 日						

示談の状況	示談の成立	した (年 月 日) ※示談書のコピーを添付してください 交渉中・ <input checked="" type="checkbox"/> 未定・しない (理由)				
	損害賠償の受取状況	名目	治療費・休業補償・その他 ()	受領日	年 月 日	
		金額		円		
「傷病届」提出後に示談が成立したときは、必ず連絡してください。						

被保険者が記入する書類です。

損害賠償請求に関する申立書

以下の事故に関し、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について、健康保険組合が健康保険法第57条第1項の規定に基づき保険給付した価格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異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

また、健康保険組合が、損害保険会社等へ医療費等の請求をする際、傷病名・医療費の額等が記載されている診療報酬明細書等の写しを活用すること及び損害保険会社等から必要事項の提供を受けることに同意します。

事故発生日 **令和 1 年 3 月 25 日**

事故発生場所 **大阪市△△区〇〇〇-0 先路上**

被害者名 **鉄商 花子**

加害者名 **四ツ橋 保夫**

過失の大小にかかわらず、相手を加害者として記入してください。

令和 1 年 5 月 10 日

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

被保険者 住所 **大阪市△△区□□5-5-5**

氏名 **鉄商 太郎**

被扶養者 住所 **大阪市△△区□□5-5-5**

事故の被害者が被扶養者のとき 氏名 **鉄商 花子**

<加害者記入>

相手方（加害者）が記入する書類です。

相手側の保険会社が作成したもので代替することが可能です。

誓約書

以下の事故にともない、被害者 鉄商 花子 がその傷病の治療に関し、健康保険法による保険給付を受けた場合については、その費用を加害者である私が責任をもって支払うことを誓約いたします。

事故発生日 令和 1 年 3 月 25 日 午前・午後 **3** 時 分頃

事故発生場所 大阪市△△区○○○-0 先路上

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

令和 1 年 5 月 10 日

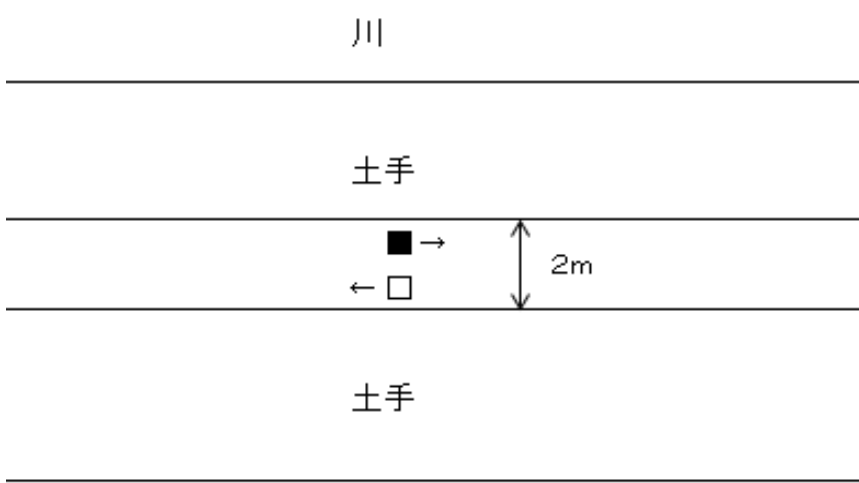
誓約者
(加害者)

住所 大阪市○○区△△1-1-1

氏名 四ツ橋 保夫

加害者が未成年の場合は、親権者名もご記入ください。

事故発生状況及び事故現場の見取図

事故発生状況	<p>1. なんのために(目的) ウォーキングのために</p> <p>2. どこからどこへ行くとき 自宅から近くの公園へ向かう途中</p> <p>3. どこで(場所) 途中の河川敷の遊歩道で</p> <p>4. 何をしていた(原因) 向かいから来た散歩中の大型犬とすれ違うときに</p> <p>5. どうなったか(内容) 急に飛び掛られて引き倒され頭を打ち、右足をかまれた。</p>
事故現場の見取図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載してください。 (被害者と相手方の行動を点線で表示してください。)</p>  <p>川</p> <p>土手</p> <p>土手</p> <p>住宅地</p> <p>道幅はmで記入 被害者 □ 加害者 ■ それ以外 ◇ 進行方向 ↑</p>