第三者の行為による傷病届

項目			内容		
届出者（被保険者名等）	被保険者 記号･番号/保険者名		被保険者 記号･番号	保険者名 OTG健康保険組合	
	届者情報 被保険者情報	氏名／生年月日	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
		住所／電話	〒		TEL ( )
被害者（受診者）	氏名／生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック □	ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所／電話		〒		TEL ( )
加害者（第三者）	氏名		ふりがな 氏 名		
	住所／電話		〒		TEL ( )
事故発生状況	事故発生日		年 月 日 午前／午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。（※事故発生状況報告書･被害者の負傷状況欄で確認し、チェック） □		
自賠責保険（加害者）	保険会社名／保険契約者名		保険会社名	ふりがな 氏 名	
	登録番号／車台番号		登録番号	車台番号	
	保険期間／自賠責証明番号		保険期間 年 月 日～ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号	
任意保険（加害者）	保険会社名／担当部署		保険会社名	担当部署	
	取扱店所在地／電話		〒	TEL ( )	
	担当者名／E-mail		ふりがな 氏 名	E-mail	
	保険契約者名		ふりがな 氏 名		
	住所		〒		
	保険期間／契約番号		保険期間 年 月 日～ 年 月 日	契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無		有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有□ 無□		保険会社名	担当部署	
			担当者氏名	TEL ( )	
治療状況	診療機関名／入院／治療期間		①診療機関名	入院 有／無	治療開始 年 月 日 ※治療終了(見込み) 年 月 日
	住所／電話番号		〒		TEL ( )
	※ 治療終了日(見込み)については可能な範囲でご記入ください。		②診療機関名	入院 有／無	治療開始 年 月 日 ※治療終了(見込み) 年 月 日
			〒		TEL ( )
			③診療機関名	入院 有／無	治療開始 年 月 日 ※治療終了(見込み) 年 月 日
			〒		TEL ( )
傷病届作成日／作成支援の有無			年 月 日	本届書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合	チェック □

(注)本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「**保険**」を「**共済**」と読み替えてその内容をご記入ください。

OTG健康保険組合　殿

同　　意　　書

私が、加害者　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、貴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、次の事項に同意します。

1　健康保険組合が損害賠償額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等の写しを添付すること。

2　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時は、健康保険組合が受領金額並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内容について情報提供を受けること。

3　健康保険組合が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。

4　健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払いの請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その内容について情報を提供しまた受けること。

＊（上記事項の「健康保険組合」には健康保険組合が委託する事業者を含む）

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し出ること。

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、金額をもれなくすみやかに届け出ること。

4　治療が完了した場合には、治療終了報告書を提出または、治療完了日を報告すること。

年　　月　　日

被保険者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　㊞　署名又は記名押印

被扶養者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　　㊞　署名又は記名押印

（注1）　根拠法令　健康保険法　第57条

＊【委託先事業者】
〒103-0025　中央区日本橋茅場町３丁目４番２号
ガリバー・インターナショナル株式会社　求償課　℡　03-3527-3728

事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故証明書番号	第　　号	当事者	甲（加害者）	氏名		
自動車の登録番号			乙（被害者）	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：　ある　・　ない　　道路の見通し：よい　・　悪い 中央線：　ある　・　ない　　道路の状況：　直線　・　カーブ　・　平坦　・　坂　・　積雪路　・　凍結路					
信号又は標識	信　号：　ある　・　ない　　自車側信号：（　青　・赤　・黄　）　相手側信号（　青　・赤　・黄　） 駐停車禁止：されている　・　されていない　　その他標識：（　　）					
速　度	甲車両　　km/h（制限速度　　km/h）　　乙車両　　km/h　　（制限速度　　km/h）					

事故現場状況図

（右の記号を使用し、乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はm単位で記入してください。）

事故発生の状況説明

負傷者の状況	日	□ 出勤日	□ 休日（定休日・休暇を含む）	□ その他（　　）	
	時間帯	□ 勤務時間中	□ 通勤途上	□ 出張中	□ 私用　□ その他（　　）
	場　所	□ 会社内	□ 道路上	□ 自宅	□ その他（　　）
	労災特別加入 ※	（被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入）	□ 加入有	□ 加入無	

※ 社長・役員等の経営者が加入する労災保険

上記内容に間違いありません。　　署名または記名・押印

年　　月　　日　　届出者（被保険者）

㊞

（注） 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面をもって本書の代わりとすることも可能です。ただしその場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名・押印をしてもらってください。

治 療 終 了 報 告 書

OTG健康保険組合　殿

住　所

氏　名

下記のとおり、第三者から負った傷病について治療が終了いたしましたので報告致します。

記

1.事故発生年月日　　令和　　年　　月　　日

2.事故発生場所

3.被害者

4.加害者

5.治療終了年月日　　令和　　年　　月　　日

※　なお、加害者との示談につきましては未締結であることを合わせて報告いたします。

その他　（「治療終了報告書」:症状固定または治療終了の際ご提出ください。）

人身事故証明書入手不能理由書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えください
（人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者のお名前がない場合は、記入してください。）

理　由 ＊ 該当する項目に〇印をしてください。 ＊ 複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。	○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ○ 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため ○ 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため ○ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察　　担当官　　号 （判明している場合）	届出年月日	

次頁へ　　交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、次頁の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記の理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

○当事者 ○目撃者 ＊ 該当する項目に 〇印をしてください	住　所 〒　　記入日　令和　年　月　日 氏　名　　㊞ 電　話　（　　）

（注） 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険者に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、また目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

（保険会社使用欄）

該当する□のすべてに✔する。
□人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
□請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆確認日	◆確認先	◆確認方法
	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談
	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談
	□病院　□目撃者　□運転者　□被害者　□修理工場　□その他（　　）	□電話　□文書　□面談

◆その他・特記事項

【事案情報　　被害者名：　　事故日：　　】

〇交通事故概要記入欄
（物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。）

発生年月日時			令　和　　年　　月　　日　　時　　分 頃　天候		
発　生　場　所					
当事者	甲	住　　所	電話		
		氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日（　　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	乙	住　　所	電話		
		氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日（　　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丙	住　　所	電話		
		氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日（　　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丁	住　　所	電話		
		氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日（　　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	戊	住　　所	電話		
		氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日（　　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他

※　上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。