

## 被保険者・被扶養者第三者の行為による傷病届

三菱UFJ銀行健康保険組合理事長殿

下記のとおりお届けします。

健 保 欄	常務理事	事務長	副事務長	部長代理	担 当

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

届出者 (被保険者)	記号	番号	被保険者氏名(ふりがな)		生年月日		
	0000	0000000	けんぼ たろう 健保 太郎		●昭和 ○平成 ○令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
住所		〒 111 - 2222 ××県××市××町1		TEL:日中連絡とれる番号 333-222-1111			
被害者 (受診者)	届出者の 情報と同じ 場合は チェック <input checked="" type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名	被保険者 との続柄	住所	TEL		
		生年月日	○昭和 ○平成 ○令和 年 月 日				
加害者 (第三者)	ふりがな 氏 名	かがい じろう 加害 二郎		<input type="checkbox"/> 加害者不詳			
	住所	〒 222 - 3333 ××県××市××町100		TEL 333-333-3333			
加害者不詳のとき		その理由					
事故内容	事故発生日時	××年 ×月 ×日		○午前/●午後 ××時 ××分頃			
	事故発生場所	××県××市××町交差点					
	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。 <input checked="" type="checkbox"/>					
	傷 病 名	頸椎捻挫					
	事 故 種 別	種別	●交通事故 ○暴行等 ○その他 ( )				
		被害者	●自動車 ○バイク ○自転車 ○歩行者		加害者	●自動車 ○バイク ○自転車 ○歩行者	
	事 故 結 果	○即死 ●入院直後の死亡 ○入院中の死亡(死亡日 令和 年 月 日) ○治療					
警察官の立会い	●あった ○ない ○ないが届出済 ○わからない						
所 轄 署	〇〇〇〇 警察署			〇〇〇〇 派出所			
備考							
【書類提出同意】							
健康保険組合が代位取得した損害賠償請求権を相手方又は相手方が加入する保険会社へ行使する為に診療(調剤)報酬明細等の写しを提出する事に同意いたします。 署名又は記名・押印 健保 太郎 (印)							

(注) 添付書類

○交通事故のとき

- (1) 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行) (写し可)
- (2) 事故発生状況報告書(自賠償保険請求用 または 書式6-1-1)
- (3) 医師診断書(写し可)
- (4) 同意書(書式6-2)
- (5) 示談をしているときは示談書の写

本件に関する照会先 直通 ☎ 03-5730-0210

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3

三菱UFJ銀行健康保険組合 総務部宛

【行内メール】 東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 総務部宛

令和4年4月版

※「事故発生状況報告書」がある場合には、以下記入不要です。

【書式6-1-1】

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 / ○ してない ・ 歩道：○ あり / ● なし ・ 道路の見通し：● 良い / ○ 悪い 中央車線：● ある / ○ ない ・ 道路の状況：● 直線 ○ カーブ ● 平坦 ○ 坂				

加害者の行為によって生じた事故について、加害者の行動及び被害者の行動を分かりやすく、くわしく記入してください。

事故発生状況

交差点で信号待ちをしていたところ、後ろからきた加害者の車に追突され、負傷した。

事故が発生した場所の見取り図を記載して下さい。そして、上記説明に基き、加害者(甲)と被害者(乙)の状況を図示してください。(道路幅をmで記入してください。)

事故現場の見取り図

加害者(甲) 自車(乙) 甲以外の車 進行方向 信号 一時停止 一方通行

治療を受けたとき	この事故で医師の治療を受けましたか		<input checked="" type="radio"/> うけた / <input type="radio"/> うけていない															
	治療機関	名称	〇〇〇〇病院															
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇町2															
	支払方法	<input checked="" type="radio"/> 健康保険 <input type="radio"/> 加害者負担 <input type="radio"/> 自費 <input type="radio"/> その他( )																
	治療開始	令和	〇	年	〇〇	月	〇〇	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 通院									
	治療現況	(令和		〇	年	〇〇	月	〇〇	日現在)									
			<input type="radio"/> 現在入院中			<input checked="" type="radio"/> 通院加療中		<input type="radio"/> 治癒		<input type="radio"/> 中止								
	入院治療期間	入院自	令和		年		月		日	～	至	令和		年		月		日
通院自		令和	〇	年	〇	月	〇	日	～	至	令和	〇	年	〇	月	〇	日	
後遺症	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ある見込				<input checked="" type="radio"/> ない		<input type="radio"/> ない見込											
治療見込	令和	〇	年	〇	月	〇	日	から	約	〇	カ	月	ぐらい					
加害者の自動車保険加入状況	自賠責保険関係	保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない		保険証明書番号	第		000000	号									
		保険会社	保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社			担当部署	〇〇部										
			名称/担当部署/所在地/電話	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町3			Tel	444-444-4444									
		保険契約者	名称	加害 二郎														
			住所	〒222-3333 ××県××市××町100														
	保険期間	自	<input type="radio"/> 平成	〇	年	〇	月	〇	日	～	至	令和	〇	年	〇	月	〇	日
	任意保険関係	保有者	名称															
		所有者	住所	〒														
		使用関係	保険契約者との関係		<input type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 譲受人 <input type="radio"/> 仮受人 <input type="radio"/> その他													
	任意保険関係	保険加入の有無	<input checked="" type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない		保険証明書番号	第			号									
保険会社		保険会社名	△△△損害保険株式会社			担当部署	△△部											
		名称/担当部署/所在地/電話	所在地	〒222-3333 ××県××市△△町5			Tel	555-555-5555										
保険契約者		名称	加害 二郎															
	住所	〒222-3333 ××県××市××町100																
保険期間	自	令和	〇	年	〇	月	〇	日	～	至	令和	〇	年	〇	月	〇	日	
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	<input checked="" type="radio"/>	保険会社名	□□□損害保険株式会社			担当部署	□□部									
		無	<input type="radio"/>	担当者氏名	□□ □□			Tel	666-666-6666									
加害者への損害請求状況	この事故の損害賠償の請求は		<input type="radio"/> 保険会社へ <input type="radio"/> 請求した <input checked="" type="radio"/> これからする <input type="radio"/> していない															
	保険会社名 取扱店所在地/電話 担当部署/担当者名	保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社															
		所在地	〒222-3333 〇〇県〇〇市〇〇町3			Tel	444-444-4444											
		担当部署	〇〇部		担当者名	〇〇 〇〇 様												

【郵便】 〒105-0014 東京都港区芝2-4-3  
三菱UFJ銀行健康保険組合 総務部宛

【行内メール】 東日本 7872-50 三菱UFJ銀行健康保険組合 総務部宛