第三者行為による傷病届

項目			内容
届出者	記号・番号	1	(記号) 1234　(番号) 56
	氏名		(氏名) 協会 太郎
被害者（受診者）	氏名 ／ 性別 ／ 年齢	2	(氏名) 協会 太郎　(性別) 男 ・ 女　(年齢) 45 歳
	続柄 ／ 生年月日	3	(届出者との関係) 本人　(生年月日) 昭和56 年 6 月 1 日
	住所 ／ 電話番号	4	(住所) 〒 123 － 4567 東京都千代田区見本町1-1-1　(☎) 090 —XXXX —XXXX
加害者（相手）	氏名 ／ 性別 ／ 年齢	5	(カナ) ケンポ ジロウ　(氏名) 健保 次郎　(性別) 男 ・ 女　(年齢) 50 歳
	住所 ／ 電話番号	6	(住所) 〒 － 東京都港区見本町2-2-2　(☎) 090 —XXXX —XXXX
事故発生状況	事故の内容（あてはまるものに☑をつけてください）	7	☑交通事故　☐ 暴力（ケンカ）　動物による負傷（ ☐ 飼主が加害者 ・ ☐ 飼主不明） ☐ その他 （ ）
	事故発生日時	8	令和8 年 9 月 5 日　午前・午後 6 時 30 分頃
	事故発生場所	9	東京都千代田区見本町3-3 見本交差点の横断歩道
加害者の自賠責保険	保険会社名	10	(加害者の自賠責保険会社名称) ○○損害保険株式会社
	契約者氏名 ／ 続柄		(氏名) 健保 次郎　(加害者との関係) 本人
	自賠責番号 ／ 登録番号		(自賠責証書番号) AB0000001　(登録番号) ※ナンバープレート 見本500 あ 0000
	保険期間		(保険期間) 令和7 年 4 月 1 日 ～ 令和9 年 4 月 1 日
加害者の任意保険	保険会社名	11	(加害者の任意保険会社名称) △△損害保険株式会社 見本支店
	所在地 ／ 電話番号		(取扱店の所在地) 〒 － 東京都新宿区見本町4-4-4　(☎) — —
	担当者 ／ 担当部署		(取扱店担当者名) 損保 三郎　(取扱店担当部署) 自動車保険見本課
	保険契約者氏名		(氏名) 健保 次郎
	保険契約者住所		(住所) 〒 － 東京都港区見本町2-2-2
	証書番号 ／ 任意一括（注1）		(証書番号) XY-0000001　(任意一括の有無) 有 ・ 無
	保険期間		(保険期間) 令和8 年 4 月 1 日 ～ 令和9 年 4 月 1 日
被害者加入の任意保険	保険会社名	12	(被害者の任意保険会社名称) □□損害保険株式会社
	所在地 ／ 電話番号		(取扱店の所在地) 〒 －　(☎) — —
	担当者 ／ 担当部署		(取扱店担当者名)　(取扱店担当部署) わかる範囲で
治療状況等	診療機関① 診療機関名/治療期間 所在地/電話	13	(診療機関名) 見本整形外科　(治療開始) 令和8 年 9 月 5 日　(治療終了(見込)) 令和8 年 10 月 31 日 (所在地) 〒 － 東京都千代田区見本町5-5　(☎) — —
	診療機関② 診療機関名/治療期間 所在地/電話		(診療機関名)　(治療開始) 年 月 日　(治療終了(見込)) 年 月 日 (所在地) 〒 －　(☎) — —
	示談又は和解(注2)（あてはまるものに☑つけてください）	14	(損害賠償について示談又は和解の有無) ☐ 示談・和解済　☑ 交渉中　☐ 示談・和解はしない

(注1)「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。

(注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの（示談書等）を添付してください。

5	1	4	1	1	1

全国健康保険協会(協会けんぽ)

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
（記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。）

事故発生状況報告書

この欄は、交通事故の場合に記入してください。

15 事故証明書番号：第 0001 号
自動車の登録番号：見本500 あ 0000

16 当事者
甲（加害者）：健保 次郎
乙（被害者）：協会 太郎
乙：運転・同乗・(歩行)・その他

17

天候	(晴)・曇・雨・雪・霧・（　）	交通状況	混雑・(普通)・閑散	明暗	昼間・(夕方)・夜間・明け方

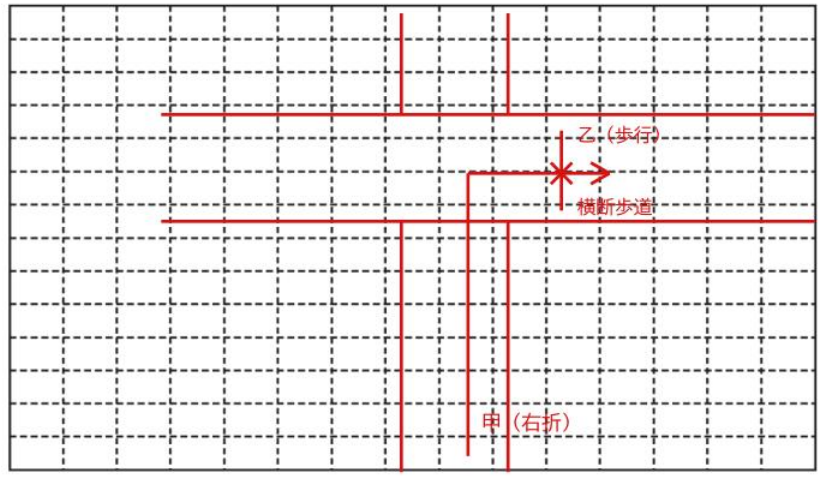
道路状況：舗装（してある・していない）・歩道（ある・ない）・道路の見通し（良い・悪い）
中央車線（ある・ない）・道路の状況（直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路）

信号又は標識：信号（ある・ない）・自車側信号（青・赤・黄）・相手方信号（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 20 km/h（制限速度 40 km/h）
乙車両　　km/h（制限速度　　km/h）

18 事故現場状況図

（右の記号を使って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で記入してください。）



自車（乙）
相手車（甲）
進行方向
信号
一時停止
人
自転車
バイク

乙の立場で描く

必ず記入してください。

19 事故発生の状況（経緯）

発生した日	□ 出勤日 ☑ 休日（定休日・休暇を含む） □ その他（　）
発生した時間帯	□ 勤務時間中 □ 通勤途中 □ 出張中 ☑ 私用 □ その他（　）
発生した場所	□ 会社内 ☑ 道路上 □ 自宅 □ その他（　）

20 事故発生状況の具体的な説明

青信号で横断歩道を歩いて渡っていたところ、右折してきた
相手の車に左足をはねられた。

21

上記内容に間違いありません。

令和8年 9 月 20 日　　届出者（被保険者）：協会 太郎　㊞

※未成年者の場合は親権者等

押印は省略できない

（注）本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりにすることも可能です。その場合は、当該書面の余白に「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受けてください。

国及び全国健康保険協会 22 東京 支部 御中

同 意 書

私が加害者（ 23 健保 次郎 ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）により、保険者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、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は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に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、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照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、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。

さらに、私が70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還す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、速やかに届出ること。
4　治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

24 令和8 年 9 月 20 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 東京都千代田区見本町1-1-1

氏名 協会 太郎 (印)

（※）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項