第三者行為による傷病届

別添1

項目			内容		
届出者（被保険者）	被保険者等記号番号 /事業所名		被保険者記号・番号 1234 － 567890	事業所名 ブリヂストン㈱〇〇工場	
	届出者情報	氏名 / 生年月日	ふりがな けんぽ たろう 氏 名 健保 太郎		生年月日 1980 年 5月 10 日
		住所 / 電話	〒 123-4567 東京都港区北麻布1-2-3		TEL 080（ 1234 ）5678
被害者（受診者）	氏名 / 続柄 / 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 ほけん じろう 氏 名 保険 次郎		
	住所 / 電話		〒 222-3456 神奈川県横浜市北区4-5-6		TEL 090（ 2234 ）5567
事故発生状況	事故発生日時		2026 年 11 月 1 日	午前 / (午後) 6 時 30 分頃	
	事故発生場所		東京都港区南青山〇丁目交差点		
	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。 （※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 日本海上火災保険㈱	ふりがな ほけん じろう 氏 名 保険 次郎	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 横浜333む1234	車台番号 ABC000-1111	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 2025 年 2 月 1 日 ～ 2027 年 2 月 1 日		自賠責証明書番号 第 66AAA7777 号
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 損害保険ニッポン	担当部署 東京事務所	
	取扱店所在地 / 電話		〒 140-1234 東京都新宿区西新宿9-8-7		TEL 03 （ 3456 ） 8888
	担当者名 / E-mail		ふりがな やまだ 氏 名 山田		E-mail
	保険契約者名		ふりがな ほけん じろう 氏 名 保険 次郎		
	住所		〒 222-3456 神奈川県横浜市北区4-5-6		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 2026 年 2 月 1 日 ～ 2027 年 2 月 1 日		契約番号 第 FGH3333 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 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		① 診療機関名 東京病院	入院 (有) / 無	治療開始日 2026 年 11 月 1 日 治療終了(見込) 2026 年 12 月 15 日
			〒 175-6666 東京都港区南青山10-11		TEL 03 （ 3333 ） 4444
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL （ ）
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL （ ）
傷病届作成日 / 作成支援の有無			2026 年 11 月 30 日	本届出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はチェック	□

（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。

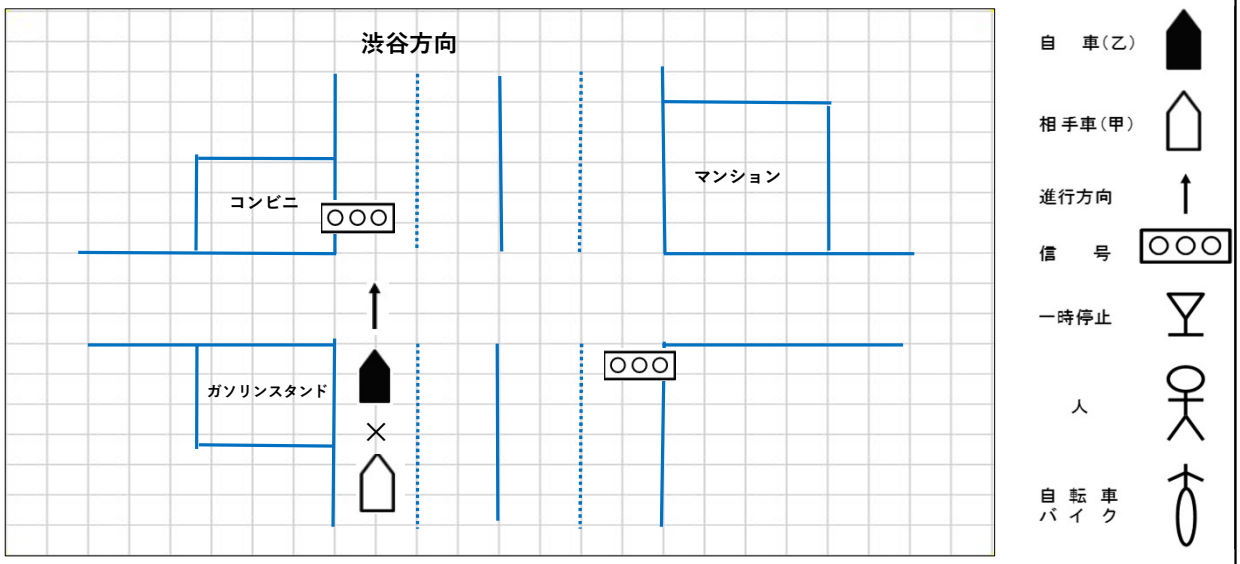
別添２

事　故　発　生　状　況　報　告　書

事故証明書番号	第　3850　号	当事者	甲（加害者）	氏名　保険　次郎		
自動車の登録番号	横浜333む1234		乙（被害者）	氏名　健保　太郎	（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：（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：　0　km/h（制限速度　50　km/h）　・　乙車両：　30　km/h（制限速度　50　km/h）					

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。）



事故発生の状況（経緯）

自車は国道246号線を渋谷方面へ走行し、赤信号のため交差点手前で停止していた。加害者運転の車は前方不注視のため停止できず、自車後部へ追突した。

被害者の負傷状況

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（パート・アルバイト含む）　☐ 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※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	（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

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

2026年　11月　30日

届出者（被保険者）　：
※未成年の場合は親権者等　　健保　太郎　　健保　印

（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貰ってください。

R08.11ブリヂストン健

ブリヂストン健康保険組合　宛

別添3

同　意　書

私が加害者　保険　次郎　に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条の規定により、ブリヂストン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. ブリヂストン健康保険組合が損害賠償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ときは、ブリヂストン健康保険組合は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照会内容について情報提供を受けること。
3. ブリヂストン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. ブリヂストン健康保険組合が保険給付又は損害賠償の支払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、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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。

2026年　11月　　30日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所　　東京都港区北麻布1-2-3

氏名　　健保　太郎　　健保 ㊞