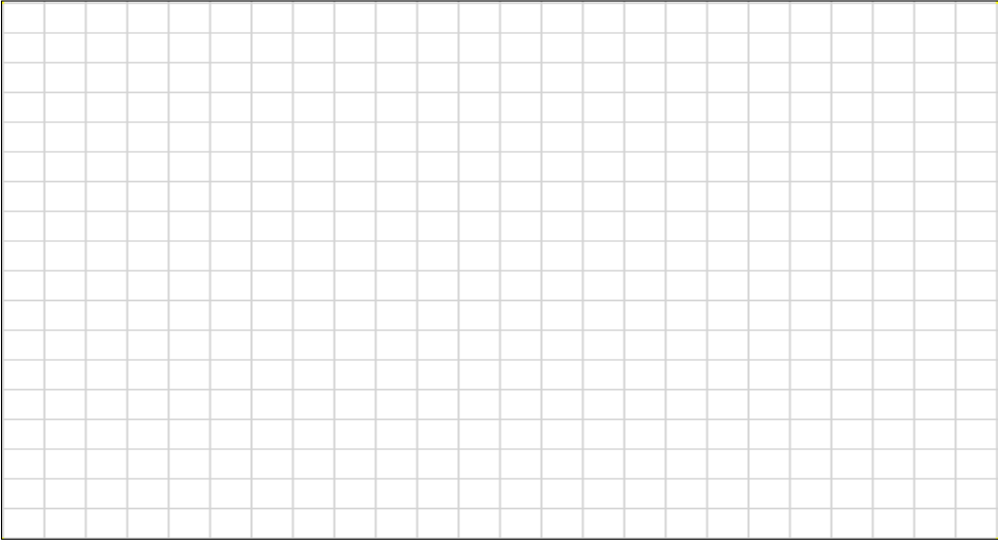









# 事故発生状況報告書

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：(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： 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 	
事故発生 の状況 (経緯)									
被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>							
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が 加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無							

上記内容に間違いありません。

※未成年の場合は親権者等

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者 (被保険者) :

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。

(保険者)

大阪産業機械工業健康保険組合 御中

## 同意書

私が加害者 \_\_\_\_\_ に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第57条により、  
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、次の事項に同意します。

- 1 保険者が損害賠償額の支払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、保険者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 保険者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 保険者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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住 所

氏 名

印

※署名又は記名押印

# 誓約書

加害者 住所

氏名

被害者 住所

氏名

事故発生日時 令和 年 月 日 時 分頃

事故発生場所

事故概要

上記第三者行為による事故のため、貴組合被保険者もしくは被扶養者（被害者）の被った被害に関する健康保険法に規定する保険給付費（治療費・傷病手当金等）については、私の過失割合の範囲において責任をもって支払うことを誓約いたします。

令和 年 月 日

誓約者  
(加害者)

住所

氏名

印

連絡先電話番号

大阪産業機械工業健康保険組合 理事長様