

☆自動車事故であって「事故発生状況報告書」を、この届に添えて提出する時は、この頁に記入する必要はありません。

事故発生状況	事故当時の本人の行動を、わかりやすく くわしく記入して下さい。

事故現場の見取図	

例： 本人 相手 進行方向 \longrightarrow 信号 ○ ○ ○

同 乗 理 由 書			
(他人の車等に同乗していて事故にあった場合記入して下さい)			
同乗していた車等の	所有者氏名		保険契約者氏名
事故当時、車等を 運転していた者等の	氏名		本人との関係
同乗していた理由			

相手方	氏名		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
	現住所	〒 TEL ()		
相手方の勤務先	名称又は氏名		事業内容 又は職業	
	所在地又は住所	〒 TEL ()		

相手方の自動車保険加入状況	自賠責保険	責任保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日	
		保険加入証明書 記号番号		契約者氏名		
		契約会社	名称			
	所在地		〒 TEL ()			
	任意保険	任意保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日	
		保険加入証明書 記号番号		契約者氏名		
		契約会社	名称	支店 営業所		
			所在地	〒 TEL ()		
		担当	所属部署名： 担当者名：			

当方の任意保険	保険会社	人身傷害特約	使用した or する ・ 使用しない
		名称	
		住所	
		TEL	
		担当者名	
		証券番号	
	保険契約者	氏名	
		住所	
		TEL	

備考（損害賠償請求権を放棄する場合はこちらにその旨と理由をご記入ください）

この事故が原因で医療機関等で治療を受けた場合

治 療 状 況	傷病名 (複数有する場合は複数)		
	医療機関	名称①	
		所在地	TEL
		名称②	
		所在地	TEL
		名称③	
		所在地	TEL
	治療開始	① 平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	入院・通院
		② 平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	入院・通院
		③ 平・令 年 月 日～ 平・令 年 月 日	入院・通院
	状況	A. 治療中 (リハビリ・整骨院含む)	
		今後の治療見込み : 平成・令和 年 月 日頃まで治療する予定	
		B. 既に治癒した (治療終了)	
終了した日 : 平成・令和 年 月 日			
その他	C. 後遺症 (○で選択)		
	ある・ある見込み・ない・ない見込み		

※治療中の方は、治療が終了しましたら必ず健保組合までご連絡ください。その他届出内容に変更等があった場合もご連絡ください。

念 書

平成・令和 年 月 日 (場 所) において (相 手 方) の行為により (本 人) の被った傷病について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条第1項の規定によって健康保険組合が保険給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて下記の1、2、3、4及び5については遵守することを誓約し、6、7、8及び9については同意します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届出ること。
4. 自賠責保険・任意保険等に請求する場合には必ず前もって貴職に内容を申し出ること。
5. 治療完了の際は完了日を貴職に申し出ること。
6. 当該傷病により受診した医療機関から、貴職が診療状況等について説明をうけることに同意する。
7. 当該傷病により請求及び受領した金額(内訳を含む)を損害保険会社等から、貴職が情報を受けると・またその額が健保給付金と重複した場合には貴職へ返還する(振込手数料負担の上)ことに同意する。
8. 当該傷病に関する損害賠償請求権行使の資料として、診療報酬明細書等の写しを貴職が損害保険会社等に対して使用することに同意する。
9. 個人情報の取扱について、貴職が今回の事故について、業務遂行上必要な範囲で保険会社等から情報を受けまた情報を提供することに同意する。

富士フィルムグループ健康保険組合

理事長殿

令和 年 月 日

住 所

被保険者氏名

