

治療状況	医療機関	名称			
		所在地	〒 TEL ()		
	治療開始	年 月 日より (入院・通院) している			
	転 帰	年 月 日 現在 入院治療中 ・ 通院治療中 ・ 治 癒 ・ 中 止			
	治療期間	入院期間	年 月 日から		年 月 日まで
		通院期間	年 月 日から		年 月 日まで
	後 遺 症	あ る ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込			
治療見込	年 月 日から 約 日ぐらい ・ 約 か月ぐらい ・ 不 明				

加害者（相手）の保険関係	自賠償保険	契約者			保険加入証の番号		
		契約保険会社	名称				
			所在地	〒 TEL ()			
	任意保険加入の有無		加入している ・ 加入していない				
	加入している任意保険	契約者			保険加入証の番号		
		契約保険会社	名称	担当者			
所在地			〒 TEL ()				

事故発生状況報告書

甲 (甲車の運転者)	氏名											乙 (被害者)	氏名										
運転免許	甲 (あり・なし) 乙 (あり・なし)										事故時の 乙(被害者) の 状 態	運転・同乗 (甲車・甲車以外の車) 徒歩・その他 ()											
飲酒の有無	甲 (あり・なし) 乙 (あり・なし)																						
道路状況	見通し 良い・悪い	道路幅	片側 車線道路		中央分離帯 なし・あり (幅 m)		甲車側 (m),		甲車反対側 (m)														
信号又は標識	信 号 ある ない		一時停止標識 ある ない		その他標識		歩道の有無		両側・片側 あり・なし														
速 度	甲車両		km/h (制限速度		km/h)		乙車両		km/h (制限速度		km/h)												
事故現場に於ける自動車等と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入して下さい。)																						
	上記図の説明と負傷状況を書いて下さい。																						

自 車

相手車

進行方向

信 号

一時停止

一方通行

人 間

自 転 車
オートバイ

東京都木材産業健康保険組合

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

 乙との関係 () 氏 名 ⑩

念書兼同意書

年 月 日 (事故発生場所).....

において、(相手方).....の不法行為により(受傷者).....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、私が加害者に対して
有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって、貴組合が給付の価額の
限度において取得行使し、かつ損害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、次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者側と示談を行う場合は、必ず事前に貴組合にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者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、
速やかに届出ること。

なお、この事故に関して、貴組合が損害賠償請求権の行使に必要な当該保険事故に
関する私もしくは被扶養者の情報を第三者（事故相手方・損害保険会社・医療機関等）に
照会し、その照会内容について情報提供を受けること、また、請求権を行使するために、
診療報酬明細書等の写しを提供することに同意します。

年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

⑩

住 所
被扶養者
氏 名

⑩