

常務理事	事務長	担当	係

健康保険 第三者の行為による傷病届

Health Insurance Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act

※記号・番号が不明の場合は、番号欄に社員番号をご記入ください。 \*If the Symbol/Number is unknown, please fill in your employee number in the number field. (1-1)

被害者・加害者関係 Victim/Perpetrator Relationship	被保険者等 記号と番号 Insured Person's Symbol and Number	記号 Symbol	被保険者氏名 Name			
		番号 Number	現住所 Current Address	〒 TEL ( )		
	被保険者が勤務している事業所 (勤務先) Injured Person's Work Establishment(Workplace)	名称 Name				
		所在地 Location	〒 TEL ( )			
	被扶養者が受けた事故であるとき When a Dependent Suffers an Accident	氏名 Name		被保険者の続柄 Relation to Insured Person		
		加害者(事故の相手方) Perpetrator (Other Party in Accident)	氏名 Name		生年月日 Birth Date	年 YYYY 月 MM 日 DD
	加害者の勤務先 Perpetrator's Workplace	現住所 Current Address	〒 TEL ( )			
		名称 Name				
	加害者の勤務先 Perpetrator's Workplace	所在地 Location	〒 TEL ( )			
		加害者が不明の場合 When the Perpetrator is Unknown	その理由 Reason			
事故内容 Accident Details	傷病名 Name of Injury/Illness			発生年月日 Date of Occurrence	年 YYYY 月 MM 日 DD 午前・午後 Around : AM/PM	
	発生時の状況 Circumstances at Time of Occurrence	勤務中・通勤途上・私用外出中・その他 ( ) During work/Commuting/Personal outing/Other				
	発生の場所 Location of Occurrence					
	種別 Type	自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・その他 ( ) Automobile accident/Motorcycle accident/Bicycle accident/While walking/Other				
	警察官への届出有無 Report to Police	有： 人身事故・物損事故 [ 警察署 ] Yes: Personal injury accident/Property damage accident [ Police Station ]				
		無： (理由) No: Reason ( )				
	過失の度合 (不明の場合は未記入) Degree of Negligence (Leave blank if unknown)	自分 Self	相手 Other Party			
		0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10			
病院窓口での負担 Payment at Reception Desk of the Hospital	<input type="checkbox"/> 相手方(保険会社)負担 Paid by other party (insurance company) <input type="checkbox"/> 本人負担 Paid by patient <input type="checkbox"/> その他 Other ( )					
当方の任意保険 Own Optional Insurance	人身傷害保険を Personal Injury Insurance: <input type="checkbox"/> 使用した・する Used/Will use <input type="checkbox"/> 使用しない Will not use					

この届に添えて 提出する書類 Documents to Submit with this Notification	① 交通事故証明書(人身事故扱いの証明書原本) Traffic Accident Certificate (original certificate for personal injury accident)
	② 診断書の写し(手元にある場合のみで可) Copy of medical certificate (only if available)
	③ 死亡の場合は戸籍謄本、および死亡診断書 For cases involving a death: Certificate of family register and Death Certificate
	④ 示談をしているときは示談書の写し If a settlement has been reached: copy of settlement agreement

受付日付印

- 【注意事項】Important Notes
- ・通勤途上や業務上のケガや病気は、労災保険が適用され、健康保険は使えません。  
・Injuries or illnesses during commute or work are covered by Worker's Accident Compensation Insurance, not health insurance.
  - ・過失の度合いにかかわらず、相手方を加害者、被保険者・被扶養者は被害者としてご記入ください。  
・Regardless of degree of negligence, please list the other party as perpetrator and the insured person/dependent as victim.

※個人情報の取扱いに関して \*Regarding Personal Information  
この届出書により知り得た個人情報は、健康保険の事務処理に限定して使用し、他の目的には一切使用いたしません。  
Personal information obtained through this notification will be used exclusively for health insurance administrative procedures and will not be used for any other purposes.

# 事故発生状況報告書

## Accident Occurrence Status Report

(1-2)

甲(相手・第三者) Party A (Other party/Third party)		氏名 Name		乙(受診者) Party B (Patient)	氏名 Name		運転・歩行・その他 同乗(甲車・甲車以外の車) Driving/Walking/Other Passenger (Party A's vehicle/Other vehicle)
信号標識 Traffic Signal or Sign	信号機 Traffic Light	ある Present	自車側信号(青・黄・赤) Own signal (Green/Yellow/Red)	一時停止標識 Stop Sign	ある Present	(自車側・相手側) (Own side/Other side)	
		ない None	相手側信号(青・黄・赤) Other side signal (Green/Yellow/Red)		ない None		
速度 Speed	甲車両 Party A's vehicle	km/h (制限速度 Speed limit km/h)		乙車両 Party B's vehicle	km/h (制限速度 Speed limit km/h)		
事故現場における自動車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) Accident Scene Diagram (indicate road width in meters)						
	Please illustrate the positions of the vehicles and the victim at the accident scene.						
							<div>甲車 (相手車) Vehicle A (Other party)</div> <div>乙車 Vehicle B</div> <div>進行方向 Direction</div> <div>信号 Signal</div> <div>一時停止 Stop Sign</div> <div>人間 Person</div> <div>自転車 Bicycle</div> <div>バイク Motorcycle</div>
記入して下さい。 上記図の説明を	Please provide an explanation of the above diagram. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告いたします。

I hereby report the above information to supplement the attached Traffic Accident Certificate.

年 月 日

(YYYY/MM/DD)

報告者  
Reporter

甲との関係( )

Relationship to Party A

乙との関係( )

Relationship to Party B

氏名

Name

示談の状況・損害賠償の支払状況 Settlement Status/Compensation Payment Status	・示談又は和解: 年 月 日現在 ( 成立した ・ 交渉中 ) Settlement or compromise: As of YYYY MM DD (Concluded/In negotiation)					
	示談・話し合いの具体的状況 Specific details of settlement/discussion:					
	・示談又は和解をしない(請求権放棄): 理由 ( ) ・No settlement or compromise (waiver of claim): Reason					
	加害者や加害者の損害保険会社から、仮渡金・治療費・付添料などを受けた場合下記に記入して下さい Please complete the following if you received advance payment, medical expenses, nursing fees, etc., from the perpetrator or their liability insurance company					
	※受けていない場合は、記入不要です *No need to complete if nothing received					
休業補償 Work Loss Compensation	賠償金の名目: Type of compensation:		円 yen	年 YYYY	月 MM	日 受領 DD received
	賠償金の名目: Type of compensation:		円 yen	年 YYYY	月 MM	日 受領 DD received
	賠償金の名目: Type of compensation:		円 yen	年 YYYY	月 MM	日 受領 DD received
休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつけて下さい)※休業しない場合は記載不要です。 Method of work loss compensation during treatment period (circle applicable letter) *Not required if no work loss						
ア 加害者が負担      イ 職場から支給      ウ 相手への自賠償へ請求 A. Paid by perpetrator      B. Paid by workplace      C. Claim filed with other party's compulsory automobile liability insurance						
エ 自分の人身傷害保険へ請求      オ 健康保険の傷病手当金を請求予定      カ その他( ) D. Claim filed with own personal injury insurance      E. Planning to claim injury and sickness allowance from health insurance      F. Other ( )						

事故の怪我で使用する自動車保険について  
Automobile Insurance to be Used for Accident Injuries

自賠責保険 Compulsory Automobile Liability Insurance	有 ・ 無 Yes/No	保険会社名 Insurance Company Name		保険契約者名 Policyholder Name  (名義人) (Named Insured)		関係	保有者との Relationship with Owner		
							加害者との Relationship with Perpetrator		
		保険会社 所在地 Insurance Company Address	〒  連絡先 Contact Information: ( )	保 険 会 社 担 当 者 名 Name of Insurance Company Representative					
		登 録 番 号 Registration Number		車 台 番 号 Vehicle ID Number					
		自賠責証明書番号 Compulsory Insurance Certificate Number		保 険 期 間 Insurance Period	自 From 年 YYYY 月 MM 日 DD 至 To 年 YYYY 月 MM 日 DD				
		自動車の保有者名 Vehicle Owner Name	(加害者との関係 Relationship to perpetrator: )						
任意保険 Optional Insurance	有 ・ 無 Yes/No	保険会社名 Insurance Company Name		契約証書番号 Policy Certificate Number					
		保険会社 所在地 Insurance Company Address	〒  連絡先 Contact Information: ( )	保 険 会 社 担 当 者 名 Name of Insurance Company Representative					
		保険契約者名 Policyholder Name		保 険 期 間 Insurance Period	自 From 年 YYYY 月 MM 日 DD 至 To 年 YYYY 月 MM 日 DD				

※事故の相手方又は自動車保険会社担当者様にご確認のうえ、必ず記入してください。  
\*Please confirm with the other party or automobile insurance company representative and be sure to complete.

氏名 Name \_\_\_\_\_

人身事故証明書入手不能理由書  
Statement of Reason for Inability to Obtain Personal Injury Accident Certificate

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

■ Please explain why you were unable to obtain a traffic accident certificate for personal injury.

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

(Please complete even if a traffic accident certificate for personal injury is attached but victim's name is not included.)

理由 Reason	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため Injury was minor, requiring only examination/outpatient visits (including scheduled)					
	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため) Injury was minor, treatment completed (or scheduled to be completed) in short period					
※ 該当する項目に○印をしてください。 * Please circle the applicable items. ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。 * If multiple items apply, please circle all that apply.	<input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため Accident occurred in non-public location (parking lot, private property, etc.)					
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。) Circumstances of parties involved (please provide specific reason)					
	<div>【理由】Reason</div>					
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) Other (please provide specific reason)					
	<div>【理由】Reason</div>					
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。 ◆ If accident was reported to police, please complete the following:						
届出警察 Police Station Where Reported	警察 Police Station	担当官 Officer in Charge	届出年月日 Date Reported	年 YYYY	月 MM	日 DD
(判明している場合) (If known)						

裏面へ

Turn to back side

交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限る、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。  
Fill out the accident party information, date/time of occurrence, location, and other details on the back side if and only if no traffic accident certificate has been issued, or if your name is not listed on the issued traffic accident certificate.

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名・押印をお願いします。

■ To verify the personal injury accident, we request signatures or the printed names and seals of the relevant parties.

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。 ◆ Although I have not obtained a personal injury accident certificate for the above reason, I confirm the personal injury accident occurred as stated.					
当事者 Party Involved	住所 Address 〒	記入日 Date of Entry	年 YYYY	月 MM	日 DD
目撃者 Witness					
その他 Other ( )					
※ 該当する項目に○印をしてください *Please circle the applicable items.	氏名 Name	電話 Phone Number	( )		

(注) 当欄は、賠償を求める側、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

Note: This section should be completed by the insured party (policyholder, driver, etc.) or a witness when filing a claim with the compulsory automobile liability insurance (Article 16 claim). When the compensating party files a claim (Article 15 claim), this should be completed by the party receiving compensation or a witness.

(保険会社使用欄) 該当する□すべてに✓する。

(For Insurance Company Use) Check all applicable boxes.

□ 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。

Explained necessity of reporting personal injury accident to police.

□ 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

Confirmed personal injury accident occurred as stated through verification of claim documents or through the following investigation/confirmation.

責任者 Manager	担当者 Person in Charge

◆ 確認日 Date Confirmed	◆ 確認先 Confirmed With	◆ 確認方法 Confirmation Method
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
◆ その他・特記事項 Other Notes/Special Remarks		

事案情報  
Case Information

被害者名 Victim Name:

事故日 Accident Date:

年 YYYY

月 MM

日 DD

○交通事故概要記入欄 Traffic Accident Summary Section

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)  
(Following items not required if your name is listed on traffic accident certificate for property damage.)

発 生 年 月 日 時 Date/Time of Occurrence		年 YYYY	月 M M	日 DD	午前 AM 午後 PM	時	:	分頃 approx.	天候 Weather
発 生 場 所 Location of Occurrence									
当事者 Parties Involved	甲 Party A	住 所 Address	電話 Phone ( )						
		氏 名 Name	生年月日 Birth Date		年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)				
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance	自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.		第 No. 号				
		登録番号 Registration No.	事 故 時 の 状 況 Status at accident		運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other				
		住 所 Address	電話 Phone ( )						
	乙 Party B	氏 名 Name	生年月日 Birth Date		年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)				
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance	自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.		第 No. 号				
		登録番号 Registration No.	事 故 時 の 状 況 Status at accident		運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other				
		住 所 Address	電話 Phone ( )						
		丙 Party C	氏 名 Name	生年月日 Birth Date		年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)			
	自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance		自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.		第 No. 号				
	登録番号 Registration No.		事 故 時 の 状 況 Status at accident		運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other				
	住 所 Address		電話 Phone ( )						
	丁 Party D		氏 名 Name	生年月日 Birth Date		年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)			
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance	自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.		第 No. 号				
		登録番号 Registration No.	事 故 時 の 状 況 Status at accident		運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other				
		住 所 Address	電話 Phone ( )						
		戊 Party E	氏 名 Name	生年月日 Birth Date		年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)			
	自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance		自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.		第 No. 号				
	登録番号 Registration No.		事 故 時 の 状 況 Status at accident		運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other				

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。  
\* If accident parties cannot complete the above, please provide the required information on a separate sheet.

人身事故証明書入手不能理由書  
Statement of Reason for Inability to Obtain Personal Injury Accident Certificate

## ■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

## ■ Please explain why you were unable to obtain a traffic accident certificate for personal injury.

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)  
(Please complete even if a traffic accident certificate for personal injury is attached but victim's name is not included.)

Submit this when the police report was handled as property damage, the accident was not reported, or the name is not listed on the accident certificate, making it impossible to issue a personal injury accident certificate.

理由 Reason	<input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため Injury was minor, requiring only examination/outpatient visits (including scheduled)
	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定の)ため Injury was minor, treatment completed (or scheduled to be completed) in short period
※ 該当する項目に○印をしてください。 * Please circle the applicable items. ※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。 * If multiple items apply, please circle all that apply.	<input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため Accident occurred in non-public location (parking lot, private property, etc.)
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。) Circumstances of parties involved (please provide specific reason)
	【理由】Reason
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) Other (please provide specific reason)
	【理由】Reason
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。 ◆ If accident was reported to police, please complete the following:	
届出警察 Police Station Where Reported	警察 Police Station
	担当官 Officer in Charge
	届出年月日 Date Reported
	年 YYYY 月 MM 日 DD
	(判明している場合) (If known)

裏面へ

Turn to back side

交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。  
Fill out the accident party information, date/time of occurrence, location, and other details on the back side if and only if no traffic accident certificate has been issued, or if your name is not listed on the issued traffic accident certificate.

## ■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名・押印をお願いします。

## ■ To verify the personal injury accident, we request signatures or the printed names and seals of the relevant parties.

To be completed and signed, or name printed and sealed, by the other party in the accident, or a witness

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。 ◆ Although I have not obtained a personal injury accident certificate for the above reason, I confirm the personal injury accident occurred as stated.	
当事者 <input checked="" type="radio"/> Party Involved	住 所 Address ***-***
目撃者 <input type="radio"/> Witness	記入日 Date of Entry
その他 <input type="radio"/> Other ( )	年 YYYY 月 MM 日 DD
※ 該当する項目に○印をしてください *Please circle the applicable items.	氏 名 Name Henry Taylor
	電 話 Phone Number
	( 000 ) 0000

(注) 当欄は、賠償を求めた者、運転者などの方の場合には、賠償を受けた側の方、またはその代理人で記入してください。  
Note: This section should be completed by the party who is compensated, the driver, or the agent of the party who is compensated.

This section generally requires the address and signature or printed name and seal of the other party. If unable to obtain these from the other party and the person is forced to complete it themselves, the injured party should sign or provide a printed name and seal. Additionally, please write the reason in the margin at the bottom of the form.

Example:  
• Disagreement about degree of negligence prevented obtaining certification from other party.  
• Other party refused to cooperate.

(保険会社使用欄) 該当する□すべてに記入してください。  
(For Insurance Company Use) Check all applicable boxes.

- ☐ 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。  
Explained necessity of reporting personal injury accident to police.
- ☐ 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。  
Confirmed personal injury accident occurred as stated through verification of claim documents or through the following investigation/confirmation.

責任者 Manager	担当者 Person in Charge

◆ 確認日 Date Confirmed	◆ 確認先 Confirmed With	◆ 確認方法 Confirmation Method
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
年 YYYY 月 MM 日 DD	<input type="checkbox"/> 病院 Hospital <input type="checkbox"/> 目撃者 Witness <input type="checkbox"/> 運転者 Driver <input type="checkbox"/> 被害者 Victim <input type="checkbox"/> 修理工場 Repair Shop <input type="checkbox"/> その他 Other ( )	<input type="checkbox"/> 電話 Phone <input type="checkbox"/> 文書 Document <input type="checkbox"/> 面談 Interview
◆ その他・特記事項 Other Notes/Special Remarks		

事案情報  
Case Information

被害者名 Victim Name:

事故日 Accident Date:

年 YYYY

月 MM

日 DD

○交通事故概要記入欄 Traffic Accident Summary Section

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要)  
(Following items not required if your name is listed on traffic accident certificate for property damage.)

If no traffic accident certificate is issued, or if your name is not listed on the issued traffic accident certificate, please fill in the information about the accident party, date/time of occurrence, location, etc.

発生年月日時 Date/Time of Occurrence		〇〇 年 〇 月 〇 日 午前 10 時 : 15 分頃 天候 Sunny YYYY MM DD AM/PM approx. Weather			
発生場所 Location of Occurrence		Near ***			
当事者 Parties involved	甲 Party A	住所 Address	〇〇■▲▼××××× 電話 Phone 〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇		
		氏名 Name	Henry Taylor	生年月日 Birth Date	XX年 X月XX日 (XX)才 years old (YYYY/MM/DD)
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance	〇● Marine & Fire Insurance	自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.	第 No. ABCD123 号
		登録番号 Registration No.	Yokohama ◆◆a●●●●●	事故時の状況 Status at accident	運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other
	乙 Party B	住所 Address	電話 Phone ( )		
		氏名 Name	Jane Wilson	生年月日 Birth Date	XX年 X月 XX日 (XX)才 years old (YYYY/MM/DD)
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance	◇×〇 Insurance	自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.	第 No. XYZ98765 号
		登録番号 Registration No.	Yokohama ▼▼i 0000	事故時の状況 Status at accident	運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other
	丙 Party C	住所 Address	電話 Phone ( )		
		氏名 Name		生年月日 Birth Date	年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance		自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.	第 No. 号
		登録番号 Registration No.		事故時の状況 Status at accident	運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other
	丁 Party D	住所 Address	電話 Phone ( )		
		氏名 Name		生年月日 Birth Date	年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance		自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.	第 No. 号
		登録番号 Registration No.		事故時の状況 Status at accident	運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other
	戊 Party E	住所 Address	電話 Phone ( )		
		氏名 Name		生年月日 Birth Date	年 月 日 ( )才 years old (YYYY/MM/DD)
		自賠責保険契約先 Compulsory Automobile Liability Insurance		自賠責保険証明書番号 Compulsory Automobile Liability Insurance Certificate No.	第 No. 号
		登録番号 Registration No.		事故時の状況 Status at accident	運転 Driving/ 同乗(甲・乙) Passenger (A/B)/歩行 Walking/その他 Other

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。  
\* If accident parties cannot complete the above, please provide the required information on a separate sheet.



## 念 書（被保険者用） Written Pledge (For Insured Person)

（事故発生年月日）\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日、（事故発生場所）\_\_\_\_\_の  
における相手方（氏名）\_\_\_\_\_との事故により、当方（受診者氏名）\_\_\_\_\_の  
被った保険事故について健康保険法による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、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書  
面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the accident that occurred on (Date of accident) \_\_\_\_\_ YYYY/MM/DD at (Location of accident) \_\_\_\_\_ which involved another  
party (name) \_\_\_\_\_, when receiving benefits under the Health Insurance Act for the insurance claim involving damages  
received by myself (patient name) \_\_\_\_\_, I hereby pledge by this written document that I have no objection to your  
organization acquiring and exercising rights to claim damages against the other party under the Health Insurance Act and receiving  
compensation.

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に  
貴健康保険組合にその旨を報告する。

When the other party or I file claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.

2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

When attempting to reach a settlement with the other party, I will report this to your organization in advance.

3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。

I will not provide the other party with a blank power of attorney.

4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を  
受領した際は、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。

I will contact your organization in advance when filing a victim claim with compulsory automobile liability insurance. Also, when receiving money or goods from the  
other party, I will report to your organization without delay or omission the date received, details, and amount (estimated value).

5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。

I consent to your organization receiving information regarding item 4 from insurance companies, etc.

6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents I hold.

7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。

If violations of the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will promptly return medical expenses.

8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合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ついて同意する。

Regarding the handling of personal information, I consent to your organization receiving information from and providing information to insurance companies, etc.,  
within the scope necessary for business operations regarding this accident.

9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

I will report the completion date to your organization representative when treatment is completed.

年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

YYYY/MM/DD

被保険者 Insured Person

住所 Address

氏名 Name

被扶養者 Dependent

住所 Address

氏名 Name

念 書 (被保険者用)  
Written Pledge (For Insured Person)

(事故発生年月日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発生場所) The intersection near \*\*  
における相手方(氏名) James Anderson との事故により、当方(受診者氏名) Jane Wilson の  
被った保険事故について健康保険法による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、健康保険法に基づき貴健康保険組合が取得行使しかつ賠償金を受領することに異議がないことを、ここに書  
面をもって誓約します。

なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the accident that occurred on (Date of accident) YYYY/MM/DD at (Location of accident) which involved another  
party (name)                     , when receiving benefits under the Health Insurance Act for the insurance claim involving damages  
received by myself (patient name)                     , I hereby pledge by this written document that I have no objection to your  
organization acquiring and exercising rights to claim damages against the other party under the Health Insurance Act and receiving  
compensation.

1. 相手方および当方が自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に  
貴健康保険組合にその旨を報告する。

When the other party or I file claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.

2. 相手方と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。

When attempting to reach a settlement with the other party, I will report this to your organization in advance.

3. 相手方に白紙の委任状を渡さない。

I will not provide the other party with a blank power of attorney.

4. 自賠責保険に対して被害者請求をする際は貴健康保険組合に事前連絡をする。また相手方から金品を  
受領した際は、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴健康保険組合に申し出る。

I will contact your organization in advance when filing a victim claim with compulsory automobile liability insurance. Also, when receiving money or goods from the  
other party, I will report to your organization without delay or omission the date received, details, and amount (estimated value).

5. 貴健康保険組合が保険会社等から4の情報の提供を受けることに同意する。

I consent to your organization receiving information regarding item 4 from insurance companies, etc.

6. 当方が加入している損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。

I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents I hold.

7. 健康保険法に違反する事実が後日判明したときは、遅滞なく治療費の返還に応じる。

If violations of the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will promptly return medical expenses.

8. 個人情報の取扱について、貴健康保険組合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ついて同意する。

Regarding the handling of personal information, I consent to your organization receiving information from and providing information to insurance companies, etc.,  
within the scope necessary for business operations regarding this accident.

9. 治療完了の際は完了日を貴健康保険組合担当者に報告する。

I will report the completion date to your organization representative when treatment is completed.

2025年 1月 6日

YYYY/MM/DD

被保険者 Insured Person

住所 Address ▲▲○○1-1

Required: Please complete and sign the  
insured person section.

氏名 Name John Wilson

被扶養者 Dependent

住所 Address ▲▲○○1-1

If the patient is a dependent, please also  
complete and sign this section.

氏名 Name Jane Wilson

念 書 (相手方用)  
Written Pledge (For Other Party)

(事故発生年月日) 年 月 日、(事故発生場所) において私(当事者甲氏名) と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちに お支払いいたします。  
なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。

Regarding the insurance incident that occurred on (Date of accident) YYYY MM DD at (Location of accident) between me (Party A name) and your Health Insurance Organization's insured person/dependent (Party B name), with respect to the damages to the insured person/dependent, if benefits are provided under the Health Insurance Act, I will pay immediately upon being asked for compensation by your organization based on the Health Insurance Act.  
Furthermore, I pledge to comply with the following:

1. 自動車損害賠償責任保険ならびに各種損害保険へ請求するときは、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。  
When filing claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.
2. 貴健康保険組合被保険者・被扶養者等と示談を行おうとする場合は、事前に貴健康保険組合にその旨を報告する。  
When attempting to reach a settlement with your organization's insured person/dependent, etc., I will report this to your organization in advance.
3. 私が加入している・取得できる損害保険関係資料を貴健康保険組合が開示請求することに同意する。  
I consent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents that I hold or can obtain.

年 月 日 YYYY/MM/DD

当事者甲  
Party A

住所 Address

氏名 Name

当事者甲が未成年の場合は親権者等 If Party A is a minor, parent/guardian

住所 Address

氏名 Name (当事者甲との関係)  
(Relationship to Party A):

保証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)

Guarantor (person financially independent from Party A. Insurance company acceptable)

住所 Address

氏名 Name

## Example

念書 (相手方用)  
Written Pledge (For Other Party)

(事故発生年月日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発生場所) The intersection near \*\*  
 において私(当事者甲氏名) James Anderson と貴健康保険組合被保険者・被扶養者(当事者乙氏名) John Wilson  
 との間に発生した保険事故による被保険者・被扶養者の損害について、健康保険法による給付が発生した場合、健康  
 保険法に基づき貴健康保険組合より求償されたときには直ちに お支払いいたします。  
 なお合わせて次の事項を遵守することを誓約します。