健康保険自損事故による傷病届

Notification of Injury or Sickness due to Self-Inflicted Accident under Health Insurance

<u>※記号・</u>	番号	が不明の場	<u>合は</u> 、	、番号欄	に社員番	:号をご言				lumber is ur	known, ple	ase fill in yo	our emplo	oyee num	ber in the	number f	ield.	牛		<u>月</u>	<u> </u>
被保険者等				記号 S			ł	波保原													
記号と番号								red Perso													
Insured Person's			•	番号 N	lumber			TE /÷	==	=	T										
Sym	bol	and Numbe	r						所												
							(Current Ad	aaress												
		食者が勤務		名		称															
して	い	る事務店			Name																
(菫		務 先)		==	: /. .	LИ	〒					TEL		()					
		ment Where the		州		地															
Insured Person is Employed (Workplace)		_		Location																	
		者が起こし		-		7										除者					
		: あると	き	氏	NI.	名)続柄					
		e of Accident by a Dependent			Name											ation to d Persor	n				
												発生年	F FI			-	年	1 E	1 (1)	YY / MM / E	DD)
		傷病名 me of illness/li										无土円 ate of O			午前	• 午後				-	,
		Tie Of Illifess/II 発生時の状:				#1 -	7 <i>h</i> r J		/ 11	H 14 1					Arou	ınd	: AM/P		ı. <i>1</i>		`
事。	-	七工時の九 cumstances at ヿ					務中			助途上	-			外出				の代	<u> </u>)
tailt		of Occurrence				Dui	ring work		Com	muting		Pe	ersona	al outir	ng		Othe	er			
故音	ž	発生の場所																			
事故内 Accident Details		eation of Occurre			스 # :	丰 走 +	-	. , " /	カまも	-	<u> </u>	二声声	ī + <i>I</i>		7 ^	7 July /					
内흥	種 別		jlJ			車事故		バイ				运車事		_)他()
_\§	井ヶ	Category	. ^		Atomobi			Motorcy				e accide			her	±-±-	\ \ \ \ + \ \	`			
容 े	警察官の立合						あった	•	ない	٠ .	_	いが届			•	わか	いらない				
	Police Officer Present 所 轄 署				Y	es		No		警察	but Re	ehon	ıeu			Not s	ure		:F 11		
									D.c	lios Ct		さ								派出	
-	Jurisdiction		1		保険会	<u>></u> 삵 夕	I		P0	lice St	aแบท		l.	모除되	的老夕	(名義人)	1			Police	; DOX
	自賠責保険 Compulsory			有。	木吹豆 Insur									Policy	/holder I	Name					
保st				. s	Compan	y Name									ned Insu						
険 tg	Automobile Liability Insurance		無 N o	連約 Con										会社担当 e of Insu		1					
保険加入状況 Insurance Status			0	Inform	nation							_	Compan	y Repres	sentative	1					
入员	任意保険 Optional Insurance		→ Y	保険会								ť		約者名 /holder l	(名義人) Name						
状況			有。 · s	Insur Compan										ned Insu							
沢⊆			- / ### N	連約	各先									会社担当							
			無 N	Con Inform								(of Insur y Repres	rance sentative						
		病院名			IIIIOIII	auoi1		入院	į	年	月	日か		年	月	日ま	きで	.>.	支払区	又分()
	,	Hospital Name						Hospital		•	YYYY		DD	•	YYYY	ММ	DD			⊆カ(Category (,
	(1)	所在地						通院		年	月	日か		年	月	日ま			支払区)
		Location						Outpati Visits		•	YYYY		DD		YYYY	MM	DD			Category (
,,,		病院名						入院		年	月	日か		年	月	日ま			支払区)
治 sn	(2)	Hospital Name						Hospital	-	•	YYYY	MM	DD	to `	YYYY	ММ	DD			Category (
口療状口 Treatment Status	(2)	所在地						通院		年	月	日か		年	月	日ま		*	支払区	区分()
療芸	L	Location						Outpati Visits			YYYY	MM	DD	to \	YYYY	MM	DD			ategory (
ner		病院名						入院		年	月	日か		年	月	日ま		*	支払区	区分()
状 tag	(2)	Hospital Name	L					Hospital			YYYY	MM	DD	to `	YYYY	MM	DD			ategory (
 況	(3)	所在地						通院		年	月	日か		年	月	日ま	きで	*	支払区	区分()
ル		Location						Outpati Visits			YYYY	MM	DD	to `	YYYY	MM	DD			Category (
	.	古む 区公・	~	6 #	1.(3台+0\				l Ame ······											
	※支払区分: ア. 自費(全額自己負担) A. Self-pay (Full Amount) *Payment Category: イ. 健康保険使用(窓口で支払 有) B. Health Insurance Used (Payment at reception desk) 「公よかい場合け医療機関し																				
	ra	ymeni Galegory:	ر م	の一般の一般には、一般の一般には、一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一																	
L	L		ゥ	. 健身	F1未陝使用 	((窓口で	又払 無) 	C. Heal	ıın insura	ance Used	i (No pay	ment at re	eceptio	n desk)	(. ioda						
																, ,					-<.
)届に添えて		1	自動車事品	女証明書	(写) ※	警察に届出	出した場合	 合						1	受	付	日(付 印	ı ``
		出 する 書 類 通事故の場合)		1. M	lotor Vehicl	e Accider	nt Certificat	te (Copy) *	If reporte		Э						^		'	1-	
	Documents to Submit with This 2 死しの場合します程度を むるひがに上診断者 2 死しの場合します程度を むるひがに上診断者 2 For cases involving a death Certificate of family register and Death Certificate																				
 Notific 	ation	(For Traffic Acc	ridenta		50 .11	9 4	001	0. 11	٠, ٠٠٠												

【注意事項】 Important Notes

Notification (For Traffic Accidents)

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.

※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 +	自己の行為によって生じた事故について、わかりやすく詳しく記入して下さい。 Please provide detailed and clear information about the accident caused by your own actions.
故 発 生 の 状 況 Circumstances of the Accident	
事 故 現 場 の 見 取 図 Diagram of Accident Scene	

<u>書(被保険者用)</u> Written Pledge (For Insured Person)

		[日) <u> 年 月 日</u> 、(事故発生場所) <u> </u>	
	ける相手方(
		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	
	康保険法 って誓約し	こ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 ます	
		の事項を遵守することを誓約します。	
		dent that occurred on (Date of accident)YYYY/MM/DD at (Location of accident) which involved anothe	r
	•	, when receiving benefits under the Health Insurance Act for the insurance claim involving damages	
		(patient name), I hereby pledge by this written document that I have no objection to your	
•	ation acquiri nsation.	ing and exercising rights to claim damages against the other party under the Health Insurance Act and receiving	l
oompoi	iodilon.		
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。	
		er party or I file claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies, I will report this to your organization in advance.	
2.	相手方とえ	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 attempti	ing 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 provid	le 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	祭は、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。	
		our organization in advance when filing a victim claim with compulsory automobile liability insurance. Also, when receiving money or goods from ill report to your organization without delay or omission the date received, details, and amount (estimated value).	th
5.		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。	
J.		次配口が下次式にもパック中の目中でのためで入ていることで目ればらいる。 ur organization receiving information regarding item 4 from insurance companies, etc.	
6	•	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。	
0.		パレス・ジョ河市 不実 河 京 文 で 原 東 京 下 東 直 カ ・	
7	-	ま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。	
٠.		the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will promptly return medical expenses.	
g		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	
0.			
		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。 handling of personal information, I consent to your organization receiving information from and providing information to insurance companies, a	etc
		pe 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	/1 H	
	被保険者	Insured Person	
		件 in Address	
		住所 Address	
		氏名 Name	
	被扶養者	Dependent	
		住所 Address	
		氏名 Nama	

氏名 Name

Jane Wilson

Example

念 書 (被保険者用)

Written Pledge (For Insured Person)

(車;‡	分 発生年日	日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発	生場所) The intersecti	on near **									
におけ	ける相手方(保険事故)	(氏名) <u>James Anderson</u> との事故に について健康保険法による給付を受けた こ基づき貴健康保険組合が取得行使しか	より、当方(受診者氏名) 場合は、私が相手方に対して有っ										
	尿体医伝い って誓約し		で力賠負金を支限することに共議が	アないことを、ここに青									
		の事項を遵守することを誓約します。											
Regard	ling the accid	dent that occurred on (Date of accident)	YYYY/MM/DD at (Location of accid	ent) which involved another									
	-	, when receiving benefits under the He											
		(patient name), I hereby pledge	•	•									
_	ation acquiri nsation.	ing and exercising rights to claim damages aga	inst the other party under the Health I	nsurance Act and receiving									
1.	相手方お。	よび当方が自動車損害賠償責任保険なら	がに各種損害保険へ請求すると	さは、事前に									
	貴健康保険組合にその旨を報告する。												
	When the othe	er party or I file claims with automobile liability insurance or vi	arious damage insurance policies, I will report thi	is to your organization in advance.									
2.	相手方とえ	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 attempti	ng 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 provid	le 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	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												
_	· ·	rill report to your organization without delay or omission the c	·	llue).									
5.		険組合が保険会社等から4の情報の提供											
	-	ur organization receiving information regarding item 4 from i		-ta)									
6.		入している損害保険関係資料を貴健康保		意する。									
	-	ur organization requesting disclosure of damage insurance r											
7.		法に違反する事実が後日判明したときは		0									
		the Health Insurance Act are discovered at a later date, I will	,										
8.	個人情報	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。										
		handling of personal information, I consent to your organizate necessary for business operations regarding this accident		ormation to insurance companies, etc.,									
9.	治療完了	の際は完了日を貴健康保険組合担当者	こ報告する。										
		il report the completion date to your organization representative when treatment is completed.											
	2025年	1月 6日											
	YYYY/MM/DD かか /ロ 7公 ⇒な	In control Brown	Banainadi Blassa samulata an	d sien the									
	被保険者	Insured Person	Required: Please complete and insured person section.	a sign the									
		住所 Address ▲▲○○1-1	msured person section.										
		氏名 Name John Wilson											
		POPE MAINE CONT. WIISON											
	LLU Serve												
	被扶養者	Dependent	If the patient is a dependent, p										
		住所 Address ▲▲○○1-1	complete and sign this section.										

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

におい との間 保険沿 なおら Regard betweet with res	放発生年月 いて私(当事 引に発生した 去に基づき 合わせて次 ding the insu en me (Party spect to the iately upon b	手者甲氏名 た保険事故 貴健康保 の事項を prance incide A name) _ damages to) なによる被 険組合より 等守するこ ent that occ and o the insure	上し 保険者・被 対償され ことを誓約に curred on (I d your Heal ed person/d	貴健康保 技扶養者 たときに します。 Date of a th Insura ependen	以険組合社 い損害に には直ちに ccident) _ ince Orga t, if benef	波保険者 こついて こお支払 <u>^</u> nization's its are pr	て、健康 ないいが <u>YYYY</u> s insure ovided	保険法 こします <u>MM</u> d persor under the	による総 。 <u>DD</u> at (i /depende e Health I	合付が発 Location ent (Part nsuranc	き生したす of accide y B name	e),
	rmore, I pled	•	•	•	, ca g.						-		
1.	自動車損害	害賠償責任	E保険なら	びに各種	損害保険	食へ請求	するとき	は、事前	前に貴優	康保険	組合に	その旨を	報告する。
	When filing of	claims with a	utomobile lia	ability insura	nce or var	ious dama	ge insura	nce polic	cies,I will ı	eport this	to your o	rganizatior	n in advance.
2.	貴健康保險	険組合被保	段者∙被打	失養者等と	:示談を征	テおうとす	る場合に	は、事育	がに貴健	康保険約	且合にそ	この旨を幸	報告する。
	When attemp	oting to reach	a settlement	with your or	ganization'	's insured p	erson/dep	endent, e	etc., I will	report this	to your or	ganization i	in advance.
3.	私が加入	している・I	取得できる	5損害保険	美関係資	:料を貴例	建康保障	角組合 7	が開示詞	青求する	ことに同	司意する	0
	I consent to	your organiza	ation request	ting disclosu	re of dama	age insurar	nce related	d docume	ents that l	hold or ca	ın obtain.		
	年	月	日 YYYY	/MM/DD									
	当事者甲 Party A												
		住所 Add	ress										-
		氏名 Nan	ne										
	当事者甲	が未成年の	の場合は	親権者等	If Party A	A is a mino	or, paren	t/guardi	an				
		住所 Add	ress										-
		氏名 Nan	ne							甲との関 to Party A):			-
		当事者甲と (person fina						npany a	cceptabl	e)			
		住所 Add	ress										-
		氏名 Nan	ne							<u> </u>			

Example

念 書(相手方用)

Written Pledge (For Other Party)

におい との間 保険流 なおら Regard petweet with re mmed	生年月日) 2024 年 10 月 1 日、(事故発生場所) The intersection near ** 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 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、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。 せて次の事項を遵守することを誓約します。 the insurance incident that occurred on (Date of accident) YYYY MM DD at (Location of accident) e (Party A name) and your Health Insurance Organization's insured person/dependent (Party B name) to the damages to the insured person/dependent, if benefits are provided under the Health Insurance Act, I will pay y upon being asked for compensation by your organization based on the Health Insurance Act. re, I pledge to comply with the following:	_ 健康 ,
1.	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	トる。
	en filing claims with automobile liability insurance or various damage insurance policies,I will report this to your organization in adv	ance.
2.	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。
	en attempting to reach a settlement with your organization's insured person/dependent, etc., I will report this to your organization in advar	nce.
	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。 nsent to your organization requesting disclosure of damage insurance related documents that I hold or can obtain. 5 年 1 月 6日 YYYY/MM/DD	
	事者甲 rty A 住所 Address ^{○○□□××5} - 6	
	氏名 Name James Anderson	
	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	
	(当事者甲との関係) (Relationship to Party A):	
	証人(当事者甲と生計を独立維持する人。保険会社も可)	
	arantor (person financially independent from Party A. Insurance company acceptable)	
	住所 Address ○○□□××5 - 6	

氏名 Name XX Insurance Company In charge: Insurance