

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

— / — / — (YYYY / MM / DD)
年 月 日

※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.

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 Insured Person's Name				
	番号 Number	現 住 所 Current Address		〒		
被保険者が勤務 している事務所 (勤務先) Establishment Where the Insured Person is Employed (Workplace)	名 称 Name					
	所 在 地 Location	〒		TEL ()		
被扶養者が起こした 事故であるとき In Case of Accident Caused by a Dependent	氏 名 Name			被保険者 との続柄 Relation to Insured Person		
事 故 内 容 Accident Details	傷 病 名 Name of illness/Injury			発 生 年 月 日 Date of Occurrence	年 月 日 (YYYY / MM / DD) 午前・午後 時 分頃 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 Category	自動車事故 バイク事故 自転車事故 その他 () Automobile accident Motorcycle accident Bicycle accident Other				
	警察官の立合 Police Officer Present	あった ・ ない ・ ないが届出済 ・ わからない Yes No No but Reported Not sure				
	所 轄 署 Jurisdiction	警 察 署 派 出 所 Police Station Police Box				
保 険 加 入 状 況 Insurance Status	自賠責保険 Compulsory Automobile Liability Insurance	有 ・ 無 Y e s / N o	保険会社名 Insurance Company Name	保険契約者名(名義人) Policyholder Name (Named Insured)		
			連絡先 Contact Information	保険会社担当者名 Name of Insurance Company Representative		
	任意保険 Optional Insurance	有 ・ 無 Y e s / N o	保険会社名 Insurance Company Name	保険契約者名(名義人) Policyholder Name (Named Insured)		
			連絡先 Contact Information	保険会社担当者名 Name of Insurance Company Representative		
治 療 状 況 Treatment Status	(1)	病院名 Hospital Name	入院 Hospitalized	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
		所在地 Location	通院 Outpatient Visits	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
	(2)	病院名 Hospital Name	入院 Hospitalized	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
		所在地 Location	通院 Outpatient Visits	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
	(3)	病院名 Hospital Name	入院 Hospitalized	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
		所在地 Location	通院 Outpatient Visits	年 月 日から 年 月 日まで YYYY MM DD to YYYY MM DD		※支払区分 () *Payment Category ()
	※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) 【分らない場合は医療機関に確認してください】 ウ. 健康保険使用(窓口で支払 無) C. Health Insurance Used (No payment at reception desk) (Please confirm with medical care institution if unclear)					

この届に添えて 提出する書類 (交通事故の場合) Documents to Submit with This Notification (For Traffic Accidents)	1 自動車事故証明書(写) ※警察に届出した場合 1. Motor Vehicle Accident Certificate (Copy) *If reported to police 2 死亡の場合は戸籍謄本 および死亡診断書 2. For cases involving a death: Certificate of family register and Death Certificate
---	--

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.

※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.

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.

事故発生状況

事故現場の
見取り図
Diagram of Accident Scene

[illegible]

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）____
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。