東レ健康保険組合　御中　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 記 号 | |  |  | |  |  | 番　号 | | | |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 （　　　）歳 | | |
| 事業所 | |  | | | | | | | | | | | | | 職場 | | | Tel. | | | | |
| 住 所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | | Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故当事者  （当方） | 1. 被保険者本人 | | | | | | | | 2. 家族　 氏名（　　　　　　　　　）　続柄（　　　　）  　　 生年月日　　　　　年　　　月　　　日（　　　）歳 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生時  の状況  <状 況 図 は  別紙に記入し  て添付して下  　　さい> | 発生日時 | | | | 年　　月　　日（　 ）曜日　　　前　後 　　　 時 　　 分頃 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通行手段 | | | | あなた側　・徒歩 ・自転車 ・バイク（　　cc） ・自動車（車種：普通乗用車　　）  相 手 側　・徒歩 ・自転車 ・バイク（　　cc） ・自動車（車種： 普通乗用車　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通行目的 | | | | ・通勤途中　・業務中　・私用外出　・その他（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷の状況 | 傷病名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療を  受けた  医療機関 | | | | 病院名 | | | | | | （所在地：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 受診期間 | | | | | | 月　　日から　　月　　日まで　　・入院　・通院（ 　 回） | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険証の使用 | | | | | | | | | | ・有　・無 | | | | | 費用の支払い | | | ・相手側 ・あなた側 |
| 病院名 | | | | | | （所在地：　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 受診期間 | | | | | | 月　　日から　　月　　日まで　　・入院　・通院（ 　 回） | | | | | | | | | | | | |
| 健康保険証の使用 | | | | | | | | | | ・有　・無 | | | | | 費用の支払い | | | ・相手側 ・あなた側 |
| 相手の状況 | 住 所 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 | Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職 業 | （勤務先：　　　　　　　　　　 Tel. 　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 車台番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | | | | | 証番号 | | | |  | | | | | | | | | | 保険会社名 | |  | |
| 保険会社の住所  Tel. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 任意保険 | | | | | 証番号 | | | |  | | | | | | | | | | 保険会社名 | |  | |
| 保険会社の住所  　 　　　　　　 　　 Tel.　　　　　　　　（担当者：　　 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人情報保護関連  （必ずご記入ください） | | | | | | 本件について、事業所に申請内容について問い合わせすることに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（・はい　・いいえ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※提出いただく書類　**第三者行為による傷病届 事故証明書**　**念書**　**誓約書**

**事 故 発 生 状 況 報 告 書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 当  事  者 | | 甲　　　　　（事故の相手） | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話） | | | | | | | |
| 乙  （受診者） | | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話） | | | | | | | 運転・同乗　歩行・その他 |
| 天候 | | | 晴・曇・雨・雪・霧 | | 交通状況 | 混雑・普通・閑散 | | 明暗 | 昼間・夜間・明け方・夕方 | | |
| 道路状況 | | | ・歩道（両・片）　ある　　・直線　　・カーブ　・見通し　 良い　　・積雪路　　・凍結路  　　　　　　　　　ない　　　　　　　　　　　　　　　　　 悪い  ・幹線道路　　・住宅街　　・商店街 | | | | | | | | |
| 信号又は標識 | | | ・信号　ある（青・黄）　　・駐停車禁止　 ある  　　　　ない （一時停止） ない | | | | ・その他の標識　 ある（　　 　　）  ない | | | 自転車　 ある  路側帯　 ない | |
| 走行速度 | | | 甲車両　　　　km/h（制限速度　　　km/h）　・　乙車両　　　km/h（制限速度　　　km/h） | | | | | | | | |
| 歩行者 | | | 直前直後横断　・　佇立　・　後退　・　急な飛び出し　・　ふらふら歩き | | | | | | | | |
| 事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。 | 事故発生状況略図（道路幅をｍで記入してください。） | | | | | | | | | | |
| 上記図の説明を書いてください。 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

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。

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　報告者　甲との関係（　 　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　乙との関係（　　 ）　氏名　　　　　　　　　　　　　　印