









事故発生状況報告書

様式第147号

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲 (加害運転者)	氏 名 (電話)		
自動車の番号			乙 (被 害 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	舗装	してある	ある	直線・カーブ		
		してない	ない			
	平坦	・ 坂	見通し	良 い	積 雪 路	凍 結 路
			悪 い			
信号又は標識	信号	ある	されている	その他標識		
		ない	されていない			
速 度	甲車両	k m / h (制限速度 k m / h)		乙車両	k m / h (制限速度 k m / h)	
事故現場に於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。)					
	自 車  相手車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ 					
上て記下図さのい説明を書い						

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。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名

印

念 書

令和 年 月 日 (場 所 (加害者氏名))
被害者氏名)
の不法行為により () の被った保険事故について、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条第1項の規定によって、当保険組合が給付の価額の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領すること、及び当該事案に関する私の個人情報に加害者、医療機関、損害保険会社等から取得することについて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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって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、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

東京都電気工事健康保険組合理事長 殿

東京都電気工事健康保険組合 御中

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令により、東京都電気工事健康保険組合が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、東京都電気工事健康保険組合が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が加害者又は損害保険会社等へ請求をし、保険金等を受領したときは、東京都電気工事健康保険組合は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、加害者又は損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1.加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2.加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3.加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。
- 4.治療が完了した場合には。治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

届出者（被保険者）

氏名 _____

住所 _____ (印)

診 断 書

傷病者	住所								
	氏名	男 女	昭 平 令 和	和 成 令 和	年	月	日生	(歳)	
病名及び態様									
後遺障害の有無について (次の不要のものを抹消してください。なお、下記注を参照のこと) 有り・無し・未定									
入院治療		日間		を要す		令和 年 月 日			
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日						治療継続中			
通院治療		日間 (内治療実日数 日)		を要す		治癒・見込			
自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日						治 癒			
添付看護を要す を要せず		期間		理由					
自 令和 年 月 日		日間							
至 令和 年 月 日									

上記の通り診断致します。

令和 年 月 日

所在地
名称
医師氏名

印

- 注 1. 後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社並びに査定事務書に備付けてあります。）をご作成願います。
2. この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用下さい。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

自動車損害賠償責任保険及び任意保険加入状況

- (1) 事故当事者 住所
(加害者) 氏名 男・女 歳
- (2) 事故年月日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
- (3) 自動車損害賠償責任保険
①保険会社名 電話 ()
②所在地
③証明書番号 第 号
④契約期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
- (4) 任意保険
①保険会社名 電話 ()
②所在地
③証明書番号 第 号
④契約期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
⑤保険金額 万円
- (5) 保険契約者 住所
氏名
- (6) 自動車保有者 住所
氏名
- (7) 事故当事者と保有者との関係
本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()
- (8) 事故を起した自動車
①種 別
②登録番号
③車台番号