

記入例
Example of completed form

第三者行為による傷病届
Notification of Injury or Sickness due to a Third-party Act

(用紙 1)
(Form 1)

武田薬品健康保険組合理事長 殿

To: Chairman of the Board, Takeda Health Insurance Society

年 月 日提出
Date submitted (Y/M/D): ○○/○/○

被保険者 Insured person	事業所・所属名/Employer/section: TEL 06 (999) 9999 Div., Industry Co., Ltd.,	事故発生の日時: 年 月 日 Date and time of accident: ○○ (Y)/ ○ (M)/ ○ (D) 午前・午後 時 分 10 (H): 30 (M)AM/PM
	被保険者記号番号/Health insurance card code/no. [123]-[4567]	事故発生の場所/Location of accident : intersection, -ku, -
	氏名/Name : Taro Kempo 健康 Kempo 印 (seal)	現場見取図/Detailed descriptions of circumstances of the accident 事故が発生した場所の見取り図を下記の符号を使っておおしく記入してください。 Draw detailed descriptions of the scene of the accident, using the symbols in the key below.
	生年月日: 年 月 日 Date of birth (Y/M/D): ○○ / ○ / ○ 住所/Address : 〒 999-9999 1-1 -cho, -ku, - TEL 999 (9999) 9999	
受傷者区分 Category of injured party	被保険者 (本人) ・ 被扶養者 (家族) Insured person (Dependent) (family member)	
事故区分 Accident category	被害者・加害者・自損事故・その他 () Victim/Party responsible/Injury due to own negligence/Other ()	
受傷者が被扶養者の場合 If the injured party is a dependent	氏名/Name: Ichiro Kempo 続柄/Relationship: Eldest son 生年月日: 昭・平 年 月 日 Date of birth (Y/M/D): ○○ / ○ / ○ 住所: 被扶養者が別居のときは、居住している住所を記入してください。(学生で遠隔地に下宿している場合など) If the dependent lives separately from the insured person, enter the address where he or she lives (e.g., a student resident at a remote campus).	
	事故発生の原因・状況 加害者・被害者の行為を詳しく記入してください Cause/status of accident Describe in detail the actions of the party responsible and the actions of the victim	While I was crossing the street inside the crosswalk on a green signal at intersection heading toward Station on the rail line, I was struck at point "x" by a vehicle driven by the party responsible as the vehicle made a right turn, coming from my right side. 加害者の行為によって生じた事故について加害者の行動および被害者の行動を詳しく記入してください。 Describe in detail the actions of the party responsible and the actions of the victim in the accident caused by the actions of the party responsible.
事故の責任 (過失割合) Responsibility for accident (Share of fault)	自分/Self 10 % 相手/Other party 90 % 自分と相手の過失についてご自身で考えておられる割合をご記入ください。 Enter the portion of the fault lying with you and with the other party, in your judgment.	横断禁止 No Crossing sign 信号 (赤、黄、青の表示) Traffic signal (indicate whether red, yellow, or green) 横断歩道 Crosswalk 接触点 Location where the collision occurred
負傷状況 傷病名・入院 通院・死亡など Injury status Names of injury/sickness, whether receiving inpatient or outpatient treatment, fatalities, etc.	Broken right leg, hospitalized at Hospital, expected to take three months to recover fully	進行方向 Direction of movement 自 転 車 オートバイ Bicycle, motorcycle 一時停止 Stop sign
治療状況 (見込み) Treatment status (prognosis)	治療開始: 年 月 日 入院・通院 Treatment began: (Y)/ (M)/ (D) (inpatient/outpatient) 後遺症: ある見込 ない見込 わからない Residual effects: Expected/Not expected/Unsure 医療機関: 名称/Medical care institution: Name: Write down the name of the medical care institution where you received treatment and specific information for this treatment. TEL ()	
	支払方法: 健康保険・自費・加害者負担・その他 Payment method: Health insurance/Self/Paid by party responsible/Other ()	
第三者 (相手) について Third party (other party)	氏 名/Name: 性 別 (男 ・ 女) Gender: (M / F) 生年月日: 年 月 日生 職業 Date of birth (Y/M/D): / / Occupation 住 所/Address: 確認の上、必ず記入ください。不明のときは不明と書いてください。	第三者 (相手) の 雇用主 (車の所有者) Employer of third party (other party) (Owner of vehicle) 住 所/Address: 確認の上、必ず記入ください。不明のときは不明と書いてください。
	第三者 (相手) の 自動車損害賠償 責任保険 Auto liability insurance of third party (other party) 自賠責保険 Be sure to check the details and fill out this section. If you are unsure about any of the information, enter "Unknown." 保険会社名/Insurer name: 所在地/Address: 〒 担当者氏名/Name of person in charge: TEL () 保険請求: 被害者・加害者 Insurance claim: Victim/Party responsible	第三者 (相手) の 任意保険 (任意保険) Voluntary insurance of third party (other party) 任意保険 (任意保険) Be sure to check the details and fill out this section. If you are unsure about any of the information, enter "Unknown." 保険会社名/Insurer name: 所在地/Address: 〒 担当者氏名/Name of person in charge: TEL () 所轄警察署 Police station with jurisdiction
その他 Other	人身傷害補償保険を使用される場合は、必ず記入ください。/Be sure to fill out this section if using personal injury protection insurance. 人身傷害取扱保険会社/Personal injury handling insurance company: 取扱保険会社について所在地・担当者・連絡先等を詳しく記入してください。 証書記号番号/Insurance certificate number: Enter detailed information on the insurer, including its address, staff member responsible, and contact information. 所在地/Address: 電話番号/Tel: 担当者名/Name of person in charge:	警察署・交通安全協会に申し込むと約 10 日から 14 日でとれます。 This will be issued 10-14 days after you apply to the police station or Japan Safe Driving Center.

注意事項 ①届出書には必ず「念書」を添付してください。
②届出後、自動車事故の場合は、速やかに自動車安全運転センター発行の「交通事故証明書 (人身事故用)」を提出してください。
その他の場合は、警察への被害届受理番号を連絡してください。
③健康保険を使用して受診された場合の治療費 (自己負担分を除く) は健保組合が一立て替え支払い、治療完了後に加害者の加入する保険会社に請求しますので、必ず取扱保険会社名・住所・電話番号を必ず記入してください。
④人身傷害補償保険を使用される場合は、必ずその他の欄に取扱保険会社等をご記入ください。

Notes ① Be sure to attach a "written pledge (Injury or Sickness due to a Third-party Act)" to this notice.
② After submitting this notice, immediately submit the traffic accident certificate (for accident causing injury or death) issued by the Japan Safe Driving Center in the case of a traffic accident. In other cases, notify the Health Insurance Society of the receipt no. for the notice of damage submitted to the police.
③ Be sure to enter the name, address, and telephone number of the other party's insurer. If you use health insurance for examination or treatment following the accident, the Society will pay the medical care costs (not including your copayment) up front and submit an invoice for reimbursement to the insurer of the party responsible after treatment is complete.
④ If using personal injury protection insurance, be sure to provide the insurer name and other information under "Other" above.