

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 ○○○○○	保険者名 ○○○○	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	印	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	男性 48 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和46 年 1 月 1 日	
	住所 / 電話	〒 000-0000 河北郡内灘町字▲▲▲11-1	TEL (333)1111	
	備 考			
(加害者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 いしかわ はなこ 石川 花子	女性 62 歳	
	住所 / 電話	〒 000-0000 〇〇県△△市□□町××丁目××-×	TEL (112)1112	
事故発生	事故発生日時	令和 元 年 5 月 20 日 午後 3 時 30 分頃		
	事故発生場所	▲▲市★★30-5		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇海上火災 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな 氏名 いしかわ はなこ 石川 花子		
	登録番号	▲▲55に5555		
	車台番号	EX66-6666		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●●損保 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL (329)3443	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 海上 次郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		無	保険会社名・担当者 TEL ( )	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院	治療開始日 令和 元 年 6 月 1 日 TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 年 月 TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

# 事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 AD-3333 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 石川 花子		
自動車の番号	▲▲551-5555		乙 (被害者)	氏名 国保 一郎	運転 歩行 同乗 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・してない ) ・ 歩道 ( ある・ない ) ・ 道路の見通し ( 良い・悪い ) 中央車線 ( ある・ない ) ・ 道路の状態 ( 直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路 )					
信号又は標識	信号 ( ある・ない ) ・ 自車側信号 ( 青・赤・黄 ) ・ 相手方信号 ( 青・赤・黄 ) 駐停車禁止 ( されている・されていない ) ・ その他標識 ( )					
速度	甲車両 不明 Km/h (制限速度 40 Km/h) ・ 乙車両 50 Km/h (制限速度 40 Km/h)					

(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)

事故現場 状況 図		<p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 バ イ ク </p>
-----------------	--	---

事故発生 の状況 (経緯)	乙は、見通しの良い片側一車線の国道8号線を〇〇市の方へと時速50kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側全部と衝突しました。	
---------------------	---	--

被害者の 負傷 状況	日	<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( )
	時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input checked="" type="checkbox"/> 加入無

上記内容に間違いありません。  
令和 元年 6月 1日 届出者(被保険者): 国保 一郎 印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

内灘町

御中

※ ○○健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、○○市、  
○○国民健康保険組合、○○県後期高齢者医療広域連合 等  
(保険者名※を記載ください)

## 同意書

私が加害者（（石川花子））に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が  
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、保険者（注2）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、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、  
保険者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、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照  
会を行い、医療機関から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。

- 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。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 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、すみやかに届出ること。
- 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 元 年 6 月 1 日

届出者（被保険者）

住所 河北郡内灘町字▲▲▲11-1

氏名 国保 一郎

(印)

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、  
後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に  
関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団  
体連合会を含みます。

## 誓約書

貴（保険者・市町）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者（受給者）

国保 一郎 が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 元 年 6 月 1 日

誓約者 住 所 ○○県△△市□□町××丁目××-×  
氏 名 石川 花子

印

市町長・国民健康保険組合理事長  
後期高齢者医療広域連合長

○○ ○○ 様

事故発生年月日	令和元年5月20日	事故発生場所	▲▲市★★30-5
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

○△□×○△□×保険会社

御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

理由 ※該当する項目に○印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため
	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定の)ため
	<input type="radio"/> 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。) 【理由】
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。	
届出警察	◇◇◇ 警察 ××担当官 (判明している場合)
届出年月日	令和××年 ××月 ××日

裏面へ (交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。)

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	加害者 住所 〒×××-×××× 記入日 令和××年 ××月 ××日
<input type="radio"/> 目撃者	○△県△△市□□町××丁目××-×
<input type="radio"/> その他	氏名 石川花子 (印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 076×(××)××××

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条請求)者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をしには、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない時は、その理由を記入し、被害者の署名・捺印をする。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに□する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ( )	□電話 □文書 □面談
◆ その他・特記事項 ( )		

【 事案情報 被害者名 : 事故日 : 年 月 日】

**裏面の記載は不要**

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候	
発 生 場 所									
当 事 者	甲	住 所	電 話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年	月	日( )才	
		自賠償保 険契約先		自賠償保 険証 明書 番 号	第	号			
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	乙	住 所	電 話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年	月	日( )才	
		自賠償保 険契約先		自賠償保 険証 明書 番 号	第	号			
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丙	住 所	電 話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年	月	日( )才	
		自賠償保 険契約先		自賠償保 険証 明書 番 号	第	号			
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	丁	住 所	電 話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年	月	日( )才	
		自賠償保 険契約先		自賠償保 険証 明書 番 号	第	号			
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				
	戊	住 所	電 話 ( )						
		氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年	月	日( )才	
		自賠償保 険契約先		自賠償保 険証 明書 番 号	第	号			
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

人身事故証明書入手不能理由書

○△□×○△□×保険会社

御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p>理由</p> <p>※該当する項目に○印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input checked="" type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <p style="text-align: center;">【理由】</p> <hr/> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p style="text-align: center;">【理由】</p>				
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。					
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年	月	日

裏面へ ( 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。 )

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input checked="" type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ( )</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p><b>加害者</b></p> <p>住所 〒×××-×××× 記入日 令和××年 ××月 ××日</p> <p>〇〇県△△市□□町××丁目××-×</p> <p>氏名 石川花子 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span></p> <p>電話 076×(××)××××</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第16条請求者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償を請求する側には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない時は、その理由を記入し、被害者の署名・捺印をする。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに□する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ( )		

【 事案情報 被害者名 : 事故日 : 年 月 日】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		令和××年 ××月 ××日 <b>午前</b> 10時		30分頃	天候	
発 生 場 所		○○県■■市▼▼町第××号××番地付近				
当 事 者	甲  <b>加害者</b>	住 所	○○県△△市□□町××丁目××-×		電話	076×(××)×××
		氏 名	石 川 花 子	生 年 月 日	明・大 <b>昭</b> ・平・令	××年×月×日(××)才
		自賠責保 険契約先	<b>○△□×○△□×保険会社</b>		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 ABC××××××× 号
		登録番号	石川×××か××××	事 故 時 の 状 況	<b>運転</b> 同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙  <b>被害者</b>	住 所	石川県河北郡内灘町字△△××-×		電話	090(××××)××××
		氏 名	国 保 一 郎	生 年 月 日	明・大 <b>昭</b> ・平・令	○年○月○日(○○)才
		自賠責保 険契約先	◇×○損保		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 C××A××B×××× 号
		登録番号	石川×××さ・×××	事 故 時 の 状 況	<b>運転</b> 同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙  <b>乙の同乗者</b>	住 所	○○県◇◇市◆◆町第××号×番地		電話	080(××××)××××
		氏 名	後 期 年 男	生 年 月 日	明・大 <b>昭</b> ・平・令	○○年○月○日(○○)才
		自賠責保 険契約先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・ <b>同乗</b> (甲・ <b>乙</b> )・歩行・その他	
丁	住 所			電話	( )	
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年 月 日( )才	
	自賠責保 険契約先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号	
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
戊	住 所			電話	( )	
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平・令	年 月 日( )才	
	自賠責保 険契約先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号	
	登録番号		事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。