

## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
	住所 / 電話		〒		TEL ( )
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
	住所 / 電話		〒		TEL ( )
		届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>			
(第 三 者) 加 害 者	氏 名		ふりがな 氏 名		
	住所 / 電話		〒		TEL ( )
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自 賠 責 保 険 ( 加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名		ふりがな 氏 名
	登録番号 / 車台番号		登録番号		車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 ( 加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名		担当部署
	取扱店所在地 / 電話		〒		TEL ( )
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名		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 第 号
	任意対人一括の有無		有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名 担当部署	
				担当者氏名 TEL ( )	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名		入院 有 / 無
					治療開始日 年 月 日
					治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号		〒		TEL ( )
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名		入院 有 / 無
					治療開始日 年 月 日
			治療終了(見込) 年 月 日		
		③ 診療機関名		入院 有 / 無	
				治療開始日 年 月 日	
				治療終了(見込) 年 月 日	
		〒		TEL ( )	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。



御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、  
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

## 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<sup>(注1)</sup>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、次の事項に同意します。

- 1 保険者<sup>(注2)</sup>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等の写しを添付すること。
- 2 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。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

(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、介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、  
高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法第21条第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。

# 人身事故証明書入手不能理由書

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。 ※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input 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	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 type="radio"/> 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____		
<input type="radio"/> その他 ( )	氏名： _____		印
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： _____		

(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)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、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。

(保険会社使用欄) 該当する口のすべてに✓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
月 年 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
月 年 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
月 年 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		年 月 日 時 分頃 天候				
発生場所						
当 事 者	甲	住所	電話 ( )			
		氏名	生年月日	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		
	乙	住所	電話 ( )			
		氏名	生年月日	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		
	丙	住所	電話 ( )			
		氏名	生年月日	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		
	丁	住所	電話 ( )			
		氏名	生年月日	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	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。