

# 第三者行為による傷病届

記入方法

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 ○国 12345	保険者名 ○○市・○○国保組合・大阪府後期高齢者医療広域連合		
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、後期高齢者医療は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ( )		
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	被害者(被保険者)の健康保険証の情報			
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )		
	住所 / 電話	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 〒	第三者(相手方)が2人以上の場合は併記または別紙にご記入ください。 TEL ( )		
	住所 / 電話				
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 車台		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 (車両番号<ナンバープレート>)	交通事故証明書の情報		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	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	第三者(相手方)が加入する損保会社が治療費等の対応を行っている場合はご記入ください。		
	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	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 担当者氏名	被害者(被保険者)が加入する損保会社が治療費等の対応を行っている場合はご記入ください。		
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
		〒	TEL ( )		
	住所 / 電話番号 ※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
		〒	TEL ( )		
		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			

(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。

# 事故発生状況報告書

記入方法

事故証明書番 号	第 号	当事者 甲 (加害者)	氏名		
自動車の 登録番号	車両番号 (ナンバープレート)	乙 (被害者)	氏名	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)	道路の見通し：	(良い・悪い)		
	中央車線： (ある)		坂・積雪路・凍結路		
信号又は標識	信号： (ある・なし)	側信号：	(青・赤・黄)		
	駐停車禁止： (され)		( )		
速度	甲車両： km/h		km/h (制限速度	km/h)	

わかる範囲でご記入ください。

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

自 車(乙)

相手車(甲)

進行方向

信 号

一時停止

人

自 転 車  
バ イ ク

図と説明の両方をご記入ください(道路幅等はわかる範囲で結構です)。  
※インターネットから印刷した地図等に書き込んだものを添付していただいても結構です。

事故発生  
の状況  
(経緯)

乙運転車両が国道246号を〇〇市方面へ走行中、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部に衝突。

被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日	<input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む)	<input type="checkbox"/> その他 ( )
	時間帯	<input 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 ( )
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内	<input type="checkbox"/> 道路上	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入)		<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無

上記内容に間違いありません。

年 月 日

届出者(被保険者) :  
※未成年の場合は親権者等

※署名又は記名・押印

印

本人自署の場合は印鑑は必要ありません。  
(代筆、印刷、ゴム印等の場合は押印が必要です。)

〇〇市（町・村）  
〇〇国民健康保険組合  
大阪府後期高齢者医療広域連合

御中

記入方法

## 同意書

※同意書は被害者（被保険者）の方が記入する書類です。  
（被害者（被保険者）が未成年の場合は親権者が記入ください。）

私が加害者 \_\_\_\_\_ に対して有する損害賠償請求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（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

本人自署の場合は印鑑は必要ありません。  
（代筆、印刷、ゴム印等の場合は押印が必要です。）

（注1）各保険に：  
健康保険：健康  
後期高齢者医療

（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。

〇〇市(町・村)  
〇〇国民健康保険組合  
大阪府後期高齢者医療広域連合

御中

(保険者名を記載ください)

## 記入方法

誓約書は第三者  
(相手方)が記入する  
書類です。

# 誓 約 書

貴(市・町・村・組合・後期高齢者医療広域連合)の国民健康保険後期高齢者医療の下記被保険者が受けた保険給付医療給付は、私の不法行為(交通事故等)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いたします。

いずれかを選択してください。  
国民健康保険は下段を消してください。

- 1 保険給付額  
医療給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分  
後期高齢者医療給付分 に限り何人に対して  
も示談の効力を主張しないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

第三者(相手方)

保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩

第三者(相手方)の損害保険会社

記

加 害 者 (第 三 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者または世帯主が誓約書を記入してください。

※印欄は誓約者と第三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

記入方法

〇〇市(町・村)  
 〇〇国民健康保険組合  
 大阪府後期高齢者医療広域連合

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。	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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】</li> <li>○ その他(理由を具体的に記載してください。)                      【理由】                      第三者(相手側)の署名・押印が取り付けできない場合は、その理由を記入してください。</li> </ul>
--	---

◆ 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 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
	氏名： _____		印鑑の省略はできません。
	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。

責任者	担当者

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。

◆ 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	年 月 日	年 月 日 才	
		自賠償保険契約先	賠償保険明書番号	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	年 月 日	年 月 日 才	
		自賠償保険契約先	賠償保険明書番号	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	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	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。