

第三者行為による傷病届（記載方法）

※青字部分が被害者（被保険者）の情報、赤字が加害者（第三者）の情報を記入する欄になります。

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 ○国・○○○○○ (数字のみの場合もあります)	保険者名 (後期高齢者広域連合、○○市・町・村、 ○市○○区、○○国保組合)			
	保険者の住所（届出先）	〒 加入する保険者（後期高齢者広域連合・市役所・区役所・国保組合）の住所				
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな くくほ いちろう 氏 名 国保 一郎（世帯主の氏名）	(男)			
被害者 (受診者)	氏名／性別／年齢	ふりがな くくほ たろう 氏 名 国保 太郎	男性 / 女性	18歳		
	続柄／生年月日	届出者との関係 長男	平成○○年○月○日			
	住所／電話	〒○○○-○○○ 大阪市○○区○○町○丁目○○番○号	TEL 090(○	第三者（加害者）が2人以上の場合は併記若しくは別紙等に記入ください。		
	備考					
加害者 (第三者)	氏名／性別／年齢	ふりがな かがい はなこ 氏 名 加害 花子	男性 / 女性	45歳		
	住所／電話	〒○○○-○○○ △△市△△町△丁目△番△号	TEL 080(△△△△)△△△△			
事故発生	事故発生日時	平成○○年 ○月 ○○日 午前 / 午後 ○時 ○○分頃				
	事故発生場所	大阪府○○市○○ ○丁目○番○号先路上				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	▲▲海上火災保険株式会社				
	保険契約者名	ふりがな かがい はなこ 氏 名 加害 花子	「交通事故証明書」に記載の情報を記入ください。			
	登録番号	なにわ △△ な △△△△ ※ナンバープレートの番号を記入ください				
	車台番号	△△-△△△△				
	保険期間／自賠責番号	保険期間 平成28年2月1日～平成31年1月31日			自賠責番号 △△△△△△	
任意対人一括の有無	(有) 無					
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●損害保険株式会社				
	取扱店所在地／電話	〒○○○-○○○ 大阪府○○市○○ ○○ビル●階	TEL 06(○○○○)○○	加害者に任意保険の契約がある場合、記入ください。		
	担当者名／E-mail	ふりがな そんぼ いちろう 氏 名 損保 一郎	E-mail ○○@○○.com			
	保険契約者名	ふりがな かがい はなこ 氏 名 加害 花子				
	住所	〒○○○-○○○ △△市△△町△丁目△番△号				
	保険期間／契約番号	保険期間 平成30年2月1日～平成31年1月31日	契約番号 ▲▲▲▲▲▲			
任意対人一括の有無	(有) 無					
被害者加入の保険会社関与の有無（注）		有 / 無 保険会社名・担当者名 ■ ■ 共済	TEL 06(■ ■ ■ ■) ■ ■ ■ ■			
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 平成○○年 ○月 ○日			
	所在地	〒○○○-○○○ 大阪府○○市○○町○丁目○番○号	TEL 06(○○○○)○○○○	入院の有無 (有) / 無		
	診療機関名／治療開始日／電話	診療機関名 ○○クリニック	治療開始日 平成××年×月×日			
	所在地	〒×××-×××× 大阪市××区××町×丁目×番×号	TEL 06(××××)××××	入院の有無 有 / (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。)

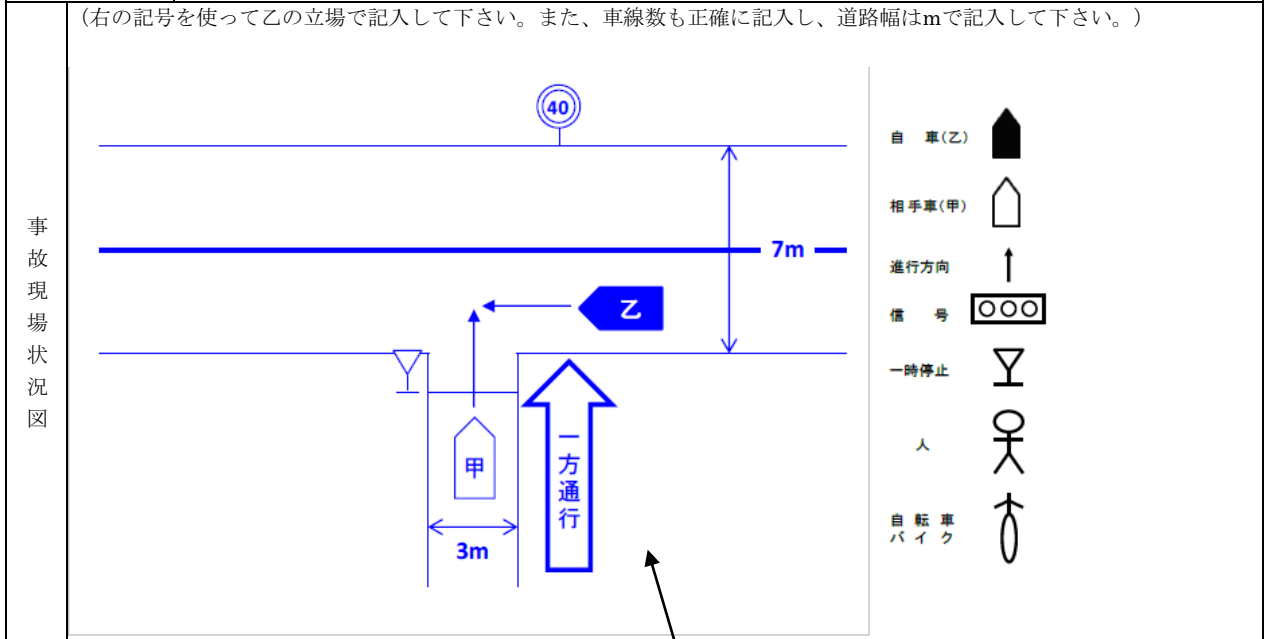
事故発生状況報告書（記載方法）

※青字部分が被害者（被保険者）の情報、赤字が加害者（第三者）の情報を記入する欄になります。

事故発生状況報告書

わかる範囲で記入ください。

事故証明書番号	第 AA-〇〇〇〇号	当事者	甲 (加害者) 氏名 加害 花子
自動車の番号	なにわ△△な△△△△	乙 (被害者)	氏名 国保 太郎 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・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 Km/h (制限速度 Km/h) ・乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)		



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、乙車の左側前部と衝突。

図と説明、両方を必ずご記入ください。
 ※道路幅等はわかる範囲で記入ください。
 (グーグルマップ等の地図を印刷・貼付の上、記入いただいても構いません)

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 () (パート・アルバイト含む)
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input 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。
 〇〇年〇月〇日 届出者(被保険者) : **国保 一郎**

(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

※自動車損害賠償責任保険（自賠責保険）が関与する事故（原動機付自転車含む）の時に使用ください。

後期高齢者広域連合、〇〇市・町・村、〇市〇区、〇〇国保組合 御中

(保険者名を記載ください) □

【自動車事故用】

同意書

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

私が加害者（加害花子）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を行う際、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。

- 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。

平成 〇〇 年 〇 月 〇 日

届出者（被保険者）※未成年の場合は親権者等

住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇号

氏名 国保 一郎

(印) 国保

(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。

※自動車賠償責任保険（自賠責保険）が関与しない事故（自転車事故等）の時に使用ください。

【自動車事故以外】

後期高齢者広域連合、〇〇市・町・村、〇市〇区、〇〇国保組合 御中

(保険者名を記載ください) □

同意書

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

私が加害者（加害花子）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又は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に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還す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。

平成〇〇年〇月〇日

届出者（被保険者）※未成年の場合は親権者等

住所 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇号

氏名 国保 一郎



(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。

誓約書は第三者（加害者）が記入する書類です。

後期高齢者広域連合、〇〇市・町・村、〇市〇区、〇〇国保組合 御中
(保険者名を記載ください)

誓約書

いずれかを選択ください。
国民健康保険加入⇒下欄を二重線で抹消
後期高齢者医療加入⇒上欄を二重線で抹消

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~~ 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。

- ~~保険給付~~ ~~医療給付~~ 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 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。

平成〇〇 年 〇 月 〇 日

誓約者 住 所 △△市△△町△丁目△番△号
氏 名 加害 花子

保証人 住 所 大阪府〇〇市〇〇 〇〇ビル●階
氏 名 ●●損害保険株式会社 損保 一郎

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	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇号		
	氏名	国保 太郎		

(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。

※交通事故証明書の添付がある場合は記入の必要はありません。

交通事故証明書入手不能理由書（記載方法）

※青字部分が被害者（被保険者）の情報、赤字が加害者（第三者）の情報を記入する欄になります。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時		平成〇〇年〇月〇〇日 午前〇時〇〇分頃		
発生場所		大阪府〇〇市〇〇 〇丁目〇番〇号先路上		
加害者 (甲)	住所	△△市△△町△丁目△番△号		
	氏名	加害 花子	生年月日	昭和××年×月×日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	※ナンバープレートの番号 を記入ください
	自賠償保険契約先	〇〇海上火災保険株式会社	自賠償証明書 番号	〇〇〇〇〇〇
	事故時の 状態	運転		
被害者 (乙)	住所	大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇〇番〇号		
	氏名	国保 太郎	生年月日	平成〇〇年〇月〇日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	※ナンバープレートの番号 を記入ください
	自賠償保険契約先	△△損保	自賠償証明書 番号	□□□□□□
	事故時の 状態	運転		
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書 番号	
交通事故証明書を 入手できない理由	事故当時異常なく、後日痛みだし、病院にて治療を受け、▲▲▲署に 届け出たが事故日から2週間も経過していたので、交通事故証明書を 発行してもらえませんでした。			

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。

(甲) 住所 △△市△△町 平成 〇〇年 〇月 〇日
 氏名 △-△-△ 加害 花子 電話 (080) △△△△-△△△△

(加害) 印

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所 平成 年 月 日
 氏名 印 電話() -