

第三者行為による傷病届

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 〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇〇〇	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	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 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	印 	
(被害者) 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	性別 45 歳 男性	
	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 ▲▲市▲▲▲11-1	TEL (333) 1111	
	備 考	XXXX-XXXX-XXXX (国保の場合は個人番号を記載)		
(第三者) 加 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 かがい はなこ 加害 花子	性別 62 歳 女性	
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市★27-1	TEL (112) 1112	
事 故 発 生	事故発生日時	平成28年 8月 2日 午前 / 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 かがい はなこ 加害 花子		
	登録番号	▲▲55は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	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	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	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 平成28年 8月 2日 TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無 有 / 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 平成28年 8月 2日 TEL ( )	
	所 在 地	〒	入院の有無 有 / 無	
<p>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。)</p>				

事故発生状況報告書

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 AA-2222 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 加害 花子		
自動車の番号	▲▲55は5555		乙 (被害者)	氏名 国保 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他	
天 候	晴・曇・ <input checked="" type="checkbox"/> 雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通	閑散	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 ( <input checked="" type="checkbox"/> してある・ <input type="checkbox"/> してない) ・ 歩道 ( <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない ) ・ 道路の見通し ( <input checked="" type="checkbox"/> 良い・ <input type="checkbox"/> 悪い ) 中央車線 ( <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない ) ・ 道路の状態 ( <input checked="" type="checkbox"/> 直線 ) カープ ・ 平坦 ・ 坂 ・ 積雪路 ・ 凍結路 )					
信号又は標識	信号 ( <input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない ) ・ 自転車側信号 ( 青 ・ 赤 ・ 黄 ) ・ 相手方信号 ( 青 ・ 赤 ・ 黄 ) 駐停車禁止 ( <input checked="" type="checkbox"/> されている・ <input type="checkbox"/> 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)					
事故現場状況図	(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。)					
事故発生 の状況 (経緯)	乙は、見通しのよ片側1車線の国道246号を〇〇市の方へ時速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、乙車の左側前部と衝突しました。					
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 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。 平成 28 年 10 月 15 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

# 同意書

▲▲市

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

## 同意書

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<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、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 28 年 10 月 15 日

届出者（被保険者）

住所 ▲▲市▲▲▲▲11-1

氏名 国保 一郎

国保

(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。

交通事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時		平成28年8月2日 午後3時30分頃		
発生場所		▲▲市★★30-5		
加害者 (甲)	住所	▲▲市★★27-1		
	氏名	加害 花子	生年月日	昭和29年7月3日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	▲▲55は5555
	自賠償保険契約先	○○海上火災	自賠償証明書番号	第 AA-2222 号
	事故時の状態	運転		
被害者 (乙)	住所	▲▲市▲▲▲11-1		
	氏名	国保 一郎	生年月日	昭和46年1月1日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	■ ■ 77ま7777
	自賠償保険契約先	◇◇損害保険	自賠償証明書番号	第 ZE25-1111 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相違ありません。  
 平成 28年 10月 15日  
 (甲) 住所 ▲▲市★★27-1 加害 印 電話(XX) 112 - 1112  
 氏名 加害 花子

上記事故を目撃しました。  
 平成 年 月 日  
 目撃者 住所 印 電話( ) -  
 氏名

(第三者が記入)

御中

(保険者名を記載ください)

## 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。

- 1 保険給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。  
医療給付額
- 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 限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

非該当箇所を二本線で抹消してください。

年 月 日

誓約者 住 所 ○○市○○○町一丁目1番1号  
氏 名 加害 次郎 (印)

保証人 住 所 ●●市●●●町二丁目3番4号  
△△海上火災保険株式会社  
氏 名 大阪サービスセンター 損保 一郎 (印)

任意保険がある場合は、損保会社の担当者の部署、氏名を記入、押印してください。

任意保険がない場合は、生計を一にしない者1名を保証人として立ててください。

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	○○市○○○町四丁目5番11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。