

第三者行為による傷病届		項目	内容	備考
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 被保険者名	123456	〇〇〇市	
(受診者)	被保険者の住所(届出先)	〇〇〇市	〇〇〇市	
	被保険者氏名	氏名	〇〇〇市 〇〇〇区 〇〇〇丁目 〇〇番 〇〇号	
	氏名 / 性別 / 年齢	氏名	〇〇〇市 〇〇〇区 〇〇〇丁目 〇〇番 〇〇号	性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 / <input type="radio"/> 女性 年齢 50 歳
(被受診者)	精病 / 生年月日	本人	S30 年 9 月 25 日	
	住所 / 電話	〇〇市△△町△丁目	TEL 111 (222)5555	
(加害者)	氏名 / 性別 / 年齢	氏名	〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	性別 <input checked="" type="radio"/> 男性 / <input type="radio"/> 女性 年齢 45 歳
	住所 / 電話	〇〇市△△町△丁目	TEL 000 (333)1111	
事故発生	事故発生日時	平成28 年 4 月 30 日	午前 / 午後 <input checked="" type="radio"/> 午後 2 時 00 分頃	
	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇〇海上火災保険株式会社		
	保険契約者名	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号		
	登録番号	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号		
	車台番号	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号		
任意保険 (加害者)	保険期間 / 自賠責番号	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	自賠責番号 A12345678	
	保険会社名	〇〇〇海上火災保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	E-mail ()	
任意保険 (加害者)	住所	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号		
	保険期間 / 契約番号	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	任意対人一括の有無	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	
	任意対人一括の有無	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	<input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	診療機関名 〇〇〇病院 TEL ()	治療開始日 平成28 年 4 月 30 日
	所在地	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	所在地 〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 / <input type="radio"/> 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	〇〇〇市△△町△丁目 〇〇番 〇〇号	診療機関名 △△△整形外科 TEL ()	治療開始日 平成28 年 5 月 2 日

【記載必須】
被保険者証の記号番号、被保険者等名、被保険者の氏名(国民健康保険の場合は世帯主氏名)、を記載し押印します。

【記載必須】
被保険者の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
相手方の氏名、性別、年齢、住所、電話番号を記載します。

【記載必須】
交通事故の発生日時、時間、発生場所を交通事故証明書を基に記載します。

【記載必須】
相手方の自賠責保険の情報について交通事故証明書を基に記載します。
※自賠責保険の加入が確認できないときは、直接請求事案となります。

【記載必須】
相手方の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

【記載必須】
被保険者の任意保険の情報について分かる範囲で記載します。

【記載必須】
治療状況について分かる範囲で記載します。
※自費診療の場合は代位請求権が発生しません。

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る」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「共済」と読み替へる内容を記載して下さい。)

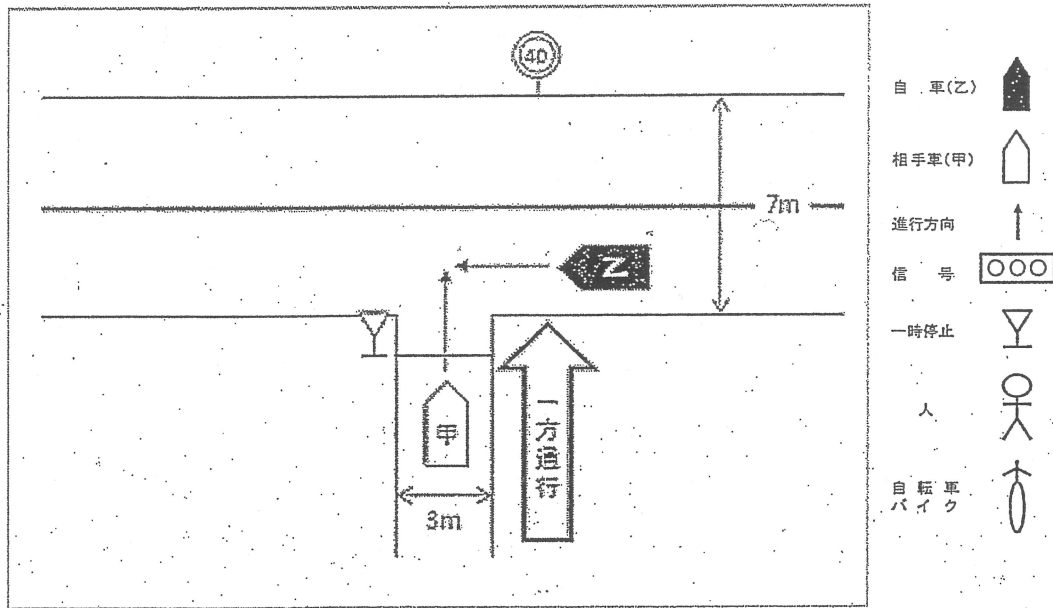
事故発生状況報告書

交通事故証明書等より確認し記入します。

事故証明書 番号	第 A12345678 号	当事者 甲 (加害者)	氏名 相手 次郎
自動車の番号	宇都宮500㊦1234	乙 (被害者)	氏名 国保 花代
天 候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧 ()	交通状況	混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散 明暗 <input checked="" type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 明け方 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 積雪路 <input type="checkbox"/> 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 Km/h) ・ 乙車両 40 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



事故発生
の状況
(経緯)

乙は、見通しのよい片側1車線の国道〇〇〇号を△△市の方へ時速40kmで直進していたところ、甲車が突然脇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 type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <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 checked="" 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 type="checkbox"/> 加入無

上記内容に間違いありません。

平成 28 年 5 月 2 日

届出者(被保険者): 国保 花代

国保

(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

〇〇〇市

御中

(保険者名を記載ください)

同意書

私が加害者 相手 次郎 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。

- 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

平成 年 月 日

【記載例】

- 被保険者未成年の場合…本人未成年のため、世帯主(父、母等)代理署名
- 本人死亡の場合…本人死亡のため、配偶者(子、兄弟等)代理署名

念書は基本的には必ず被保険者の名前で記入します。

ただし、例外として

- 被保険者が未成年の場合は、親権者
- 被保険者死亡の場合はご家族等が同意書を記入することになりますので、ご注意ください。

届出者 (被保険者)

住所 〇〇市△△町□丁目

氏名 国保 花代

国

上記の例外に該当する場合は、こちらに被保険者本人が記名・押印できない理由を記入します。

(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。

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 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 checked="" 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="margin-left: 20px;">【理由】</p> <p style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 500px;"></p> <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="margin-left: 20px;">【理由】</p> <p style="border: 1px dashed black; height: 30px; width: 500px;"></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	国保 警察 宇都宮 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	住所：〒 123-4567	記載日 令和○年●月△日
<input type="radio"/>	目撃者	〇〇市△△町□□丁目	
<input type="radio"/>	その他 ()	氏名：後期 花代	印
※ 該当する項目に ○印をしてください			
		電話：111(222)3333	

(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□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 】

誓約書

宇都宮市国民健康保険の被保険者 国保花代 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。

- 1 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。
- 2 上記、1の支払に充てるため、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 年 月 日

誓約者 住所 〇〇市△△町●丁目××
氏名 相手次郎 印

宇都宮市長 様

事故発生年月日	●●年●●月●●日	事故発生場所	××市△△町○丁目
※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。