

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	保険者名	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名	印	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
	備考			
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性 歳	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険 (加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	登録番号			
	車台番号			
	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			
	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	
	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	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 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	治療開始日 年 月 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。 <small>(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。)</small></p>				

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			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・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。)					
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: right;"> <p>自 車 (乙) </p> <p>相手車 (甲) </p> <p>通行方向 </p> <p>道 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 </p> </div> </div>					
事故発生の状況 (経緯)						
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 (パトロール含む) <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※	(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 年 月 日 届出者(被保険者): 印						

(主)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

御中

(保険者名を記載ください)

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（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こと。

平成 年 月 日

届出者（被保険者）

住 所

氏 名

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。

誓 約 書 (相手方)

栃木県後期高齢者医療広域連合の被保険者 _____ 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。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名 印

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

事故発生年月日	平成 年 月 日	事故発生場所	
※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。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 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。</p> <p>※ 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 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>【理由】</p> <p>_____ _____</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>【理由】</p> <p>_____ _____</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	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。			
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	住所 〒 _____	記入日	年 月 日
	氏名 _____		(印)
	電話 (_____)		

(注) 当欄は、賠償を求める側、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
年 月 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
年 月 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
年 月 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	午前	時	分頃	天候
発生場所								
当事者	甲	住所		電話 ()				
		氏名	生年月日	明昭	大	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				
	乙	住所		電話 ()				
		氏名	生年月日	明昭	大	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				
	丙	住所		電話 ()				
		氏名	生年月日	明昭	大	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	明昭	大	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	明昭	大	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。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
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				

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。

平成 年 月 日

(甲) 住所
氏名 印 電話() -

上記事故を目撃しました。

平成 年 月 日

目撃者 住所
氏名 印 電話() -

念 書

私下記事故で被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けたときは、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により保険給付額の限度において、貴殿が相手方に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ延滞なく貴殿に届けること。
- 4 上記のほか、私が受けた保険(医療)給付について、市町(国保組合)・後期高齢者医療広域連合が加害者(保険会社等)へ損害賠償請求を行うにあたって、保険(医療)給付にかかる明細書等(診療報酬明細書等、介護保険給付費明細書等、主治医意見書等)を提出すること及び個人情報の取扱いについて同意すること。
- 5 貴殿が、私の保険の請求、決定及び給付(その見込みを含む。)の状況等について、私が、保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社(共済)に対して提供すること。
- 6 貴殿が、私の保険の給付及び代位求償の業務に関して必要な事項(保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳(その見込みを含む。)等)について、保険会社等から提供を受けること。
- 7 貴殿が、私の保険の給付及び代位求償の業務に関して必要な事項(保険給付額の算定基礎となる資料等)について保険会社等に対して提供すること。
- 8 この念書をもって6に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 9 この念書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

記

事故発生年月日		
事故発生場所		
相手方	住 所	
	氏 名	
被 保 険 者 (医療受給者)	住 所	
	氏 名	

誓 約 書 (相手方)

栃木県後期高齢者医療広域連合の被保険者_____が受けた保険給付は、

私の不法行為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すること。
- 2 貴殿の承諾無しに当事者間で示談契約はしないこと。もし、貴殿の了解無しに示談契約を

交わしたときは、後期高齢者医療給付分に限り示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ⑩

保 証 人 住 所
氏 名 ⑩

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様