

第三者行為による傷病届

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	保険者名 栃木県後期高齢者医療広域連合	
	届出者情報 氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名	生年月日 年 月 日	
	※被保険者の 情報を記入 住所 / 電話	〒	TEL ()	
(受 診 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	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな 氏 名		
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
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	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 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	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 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	担当部署	
		担当者氏名	TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 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。	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 ()
		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 <input type="checkbox"/>		

(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。

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
届出者 (被保険者名) ※被保険者の情報を記入	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 01234567	保険者名 栃木県後期高齢者医療広域連合	
	届出者情報	ふりがな ごうき はなよ 氏名 後期 花代	生年月日 300 年 00 月 00 日	
	住所 / 電話	〒 123-4567 〇〇市△△町〇丁目	TEL 111 (222) 3333	
被害者 (受診者)	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	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎		
	住所 / 電話	〒 234-5678 △△市□□町〇丁目〇	TEL 222 (333) 4444	
事故発生状況	事故発生日時	令和〇 年 □ 月 △ 日 午前 / 午後 2 時 00 分頃		
	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目		
	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を確認し、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 〇〇海上火災保険株式会社	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宇都宮500こ1234	車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 A12345678 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●海上火災保険株式会社	担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒 345-6789 □□市〇〇町△丁目△	TEL 333 (4444) 5555	
	担当者名 / E-mail	ふりがな ほけん たろう 氏名 保険 太郎	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな あいて じろう 氏名 相手 次郎		
	住所	〒 234-5678 △△市□□町〇丁目〇		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 △△△海上火災保険株式会社	担当部署	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 □□病院	入院 有 / 無	治療開始日 令和〇 年 □ 月 △ 日
				治療終了(見込) 年 月 日
	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 △△整骨院	入院 有 / 無	治療開始日 令和〇 年 △ 月 □ 日
				治療終了(見込) 年 月 日
		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
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和〇 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		

記載例

【記載必須】
被保険者番号、被保険者の氏名、生年月日、住所、電話番号を記載します。
※代筆の場合、まず被保険者本人の氏名を記載・押印し、余白に代筆者の

【記載必須】

【記載必須】
相手方の氏名、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。

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。

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。

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。

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。

傷病届の作成日を記載します。
傷病届の作成を保険会社等が代行して行った場合にはチェックを入れます。

(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

様式4-2

事故証明書番	第	号	当事者	甲 (加害者)	氏名						
自動車の登録番号			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・していない) ・ 歩道：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い) 中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(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) ・ 自転車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(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。)										
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; height: 200px; border: 1px solid black;"></td> <td style="width: 20%; vertical-align: top; padding-left: 10px;"> 自 車(乙) 相手車(甲) 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク </td> </tr> </table>										
	自 車(乙) 相手車(甲) 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク										
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() <small>(パート・アルバイト含む)</small>									
	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。

※署名又は記名・押印

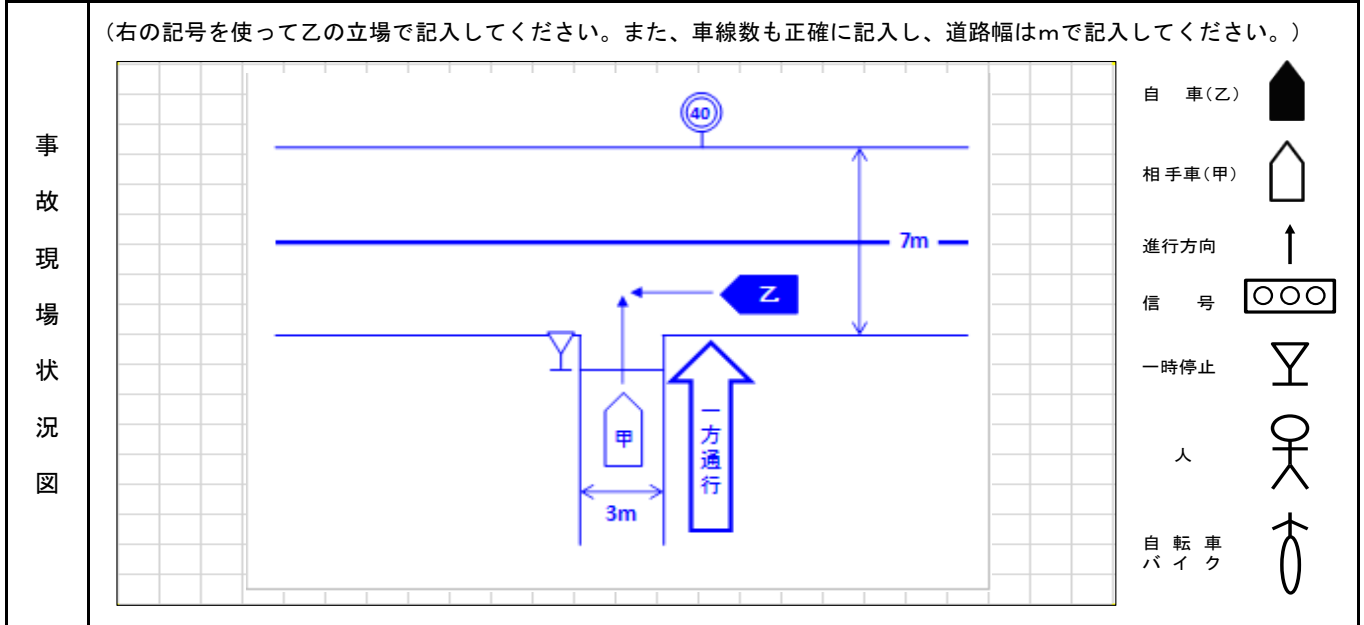
年 月 日 届出者(被保険者) :

※未成年の場合は親権者等

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ください。

事故証明書番	第 A12345678 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 相手 次郎
自動車の登録番号	宇都宮500こ1234	乙 (被害者)	氏名 後期 花代	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗・歩行・その他
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・夕方
道路状況	舗装: <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> していない ・ 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 ・ 道路の状況: <input checked="" type="checkbox"/> 直線 <input type="checkbox"/> カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路			
信号又は標識	信号: (ある <input checked="" type="checkbox"/> ない) ・ 自転車側信号: (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (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: 不明 km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両: 40 km/h (制限速度 40 km/h)			



事故発生状況 (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た、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 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 <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和〇年 ●月 △日

届出者(被保険者) : **後期 花代**

※未成年の場合は親権者等

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、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

(注1) 根拠法令は次のとおりです。

健康保険法第57条、高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項に基づき、

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。

栃木県後期高齢者医療広域連合 御中

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、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。

令和〇 年 ● 月 △

【記載例】

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

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 ○〇市△△町□丁目

氏名 後期 花代

(印)

※署名又は記名押印

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) 根拠法令は次のとおりです。

健康保険法第57条、高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項に基づき、

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)

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の被保険者 _____ 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
 誓約いたします。

- 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	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。

誓約書（相手方）

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の被保険者 後期 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いたします。

- 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 △△市□□町○丁目○

氏名 相手 次郎

印

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

事故発生年月日	令和 ○ 年 □ 月 △ 日	事故発生場所	〇〇市〇〇町△丁目
※当事者との関係			
連帯保証人	〇〇市〇〇町□□番地 後期 春子		

※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

様式4-5(表)

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 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。） 【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】</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。

当事者 住所：〒 _____ 記載日 年 月 日

目撃者 _____

その他 () 氏名： _____ (印)

※ 該当する項目に ○印をしてください 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□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 】

○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	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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。

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。	<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
	<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
	<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
	<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。） 【理由】 _____
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____
◆ 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	令和〇年 △ 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 令和〇年 ● 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 】

○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	生 年 月 日	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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。