

第三者行為による傷病届

記入例

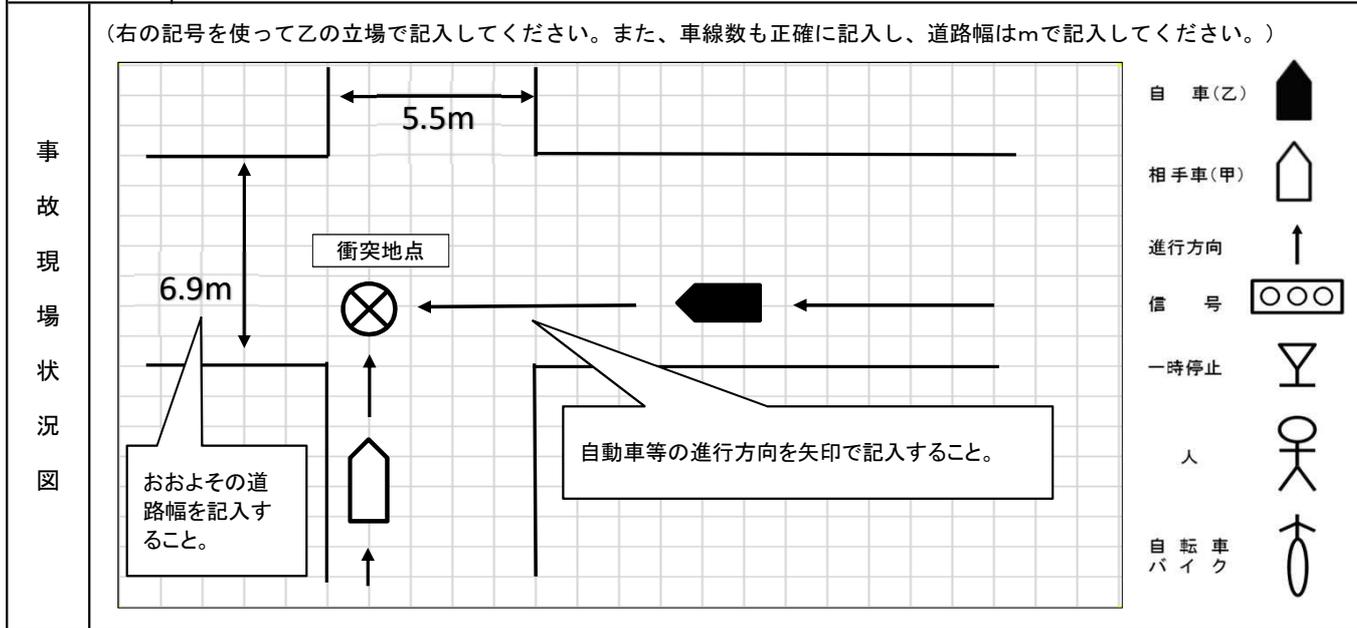
項目		内容	
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 123-345678	保険者名 さいたま市
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな さいたま だいち 氏名 埼玉 太一 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇	生年月日 昭和〇年〇月〇日 TEL 048(123)4567
	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな さいたま たらう 氏名 埼玉 太郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇	届出者との関係 子 生年月日 平成〇年〇月〇日 TEL 048(000)0000
(加害者) 加害者	氏名 ※チェックが入る場合は、被害者情報の記載不要	ふりがな うらわ まもる 氏名 浦和 まもる 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇	TEL 090(111)1111
事故発生状況	事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認	令和〇年 5月 1日 午前 / 午後 8時 30分頃 さいたま市中央区下落合〇-〇-〇 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)	<input checked="" type="checkbox"/>
自賠責(加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	保険会社名 (株)〇〇損害保険 登録番号 大宮 300 あ 12-34 保険期間 令和〇年 1月 1日 ~ 令和〇年 12月 31日	ふりがな うらわ まもる 氏名 浦和 まもる 車台番号 ABC-1234567 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 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無	保険会社名 (株)△△火災保険 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市大宮区仲町〇〇-〇 ふりがな ぞんぼ いちろう 氏名 損保 一郎 E-mail 〇〇〇@〇〇.com ふりがな うらわ まもる 氏名 浦和 まもる 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇 保険期間 令和〇年 2月 1日 ~ 令和〇年 8月 31日	担当部署 △△部 TEL 048(222)2222 契約番号 第 ×××××××× 号 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 △△共済 担当者氏名 共済 一男	担当部署 △△部 TEL 03(3333)3333
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 〇〇病院 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県さいたま市緑区〇〇-〇-〇 ② 診療機関名 ××整形外科 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 埼玉県上尾市〇-〇-〇	入院 有 / 無 治療開始日 令和〇年 5月 1日 治療終了(見込) 令和〇年 5月 31日 TEL 048(4444)4444 入院 有 / 無 治療開始日 令和〇年 6月 10日 治療終了(見込) 令和〇年 7月 31日 TEL 048(5555)5555
<p>※こちらの届出では、国民健康保険の被保険者を被害者、その相手方を加害者と称して記載します。 なお、この「被害者」「加害者」については、実際の過失とは関係がありません。</p>			
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和〇年 〇月 〇日	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。

事故発生状況報告書

記入例

事故証明書番 号	第 ×××××××× 号	当事者	甲 (加害者)	氏名	浦和 まもる		
自動車の 登録番号	大宮 300 あ 12-34 ※相手の車両ナンバー	乙 (被害者)	氏名	埼玉 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗・歩行・その他		
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・ <input checked="" type="checkbox"/> 閑散	<input checked="" type="checkbox"/> 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)・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) <input checked="" type="checkbox"/> (されていない) ・ その他標識: (<input checked="" type="checkbox"/> 一時停止標識)						
速度	甲車両: 30 km/h (制限速度 30 km/h) ・ 乙車両: 40 km/h (制限速度 40 km/h)						



事故発生
の状況
(経緯)

甲が市道を横断する際、標識を見落とし、一時停止を怠り30km/hのまま交差点に進入したため市道右方より直進してきた乙と出会い頭に衝突したものの。

※この欄の説明は必ず記入してください。

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※ <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。

市役所へ届出をする日

世帯主様

届出者(被保険者) 埼玉 太一

※署名又は記名・押印

令和〇年〇月〇日

※こちらの届出では、国民健康保険の被保険者を被害者、その相手方を加害者と称して記入します。なお、この「被害者」「加害者」については、実際の過失とは関係がありません。交通事故証明書などを参考に記入してください。事故状況の図と説明は必ず記入してください。

第三者行為による損害賠償金納入誓約書

※誓約書は相手方に書いてもらうものです。
もし相手方が記入を拒否したり所在がわからない場合は、
その旨を余白に記入して提出してください。

記入例

貴市国民健康保険の被保険者(埼玉 太郎)が、事故による傷病などについて、貴市が行う国民健康保険の給付を受けることになりました。つきましては、貴市が、給付する額(医療費など)を損害賠償金として、後日わたくしに対して請求したときは、指定納期限までに納入することを誓約いたします。

※誓約書の意味
さいたま市が立て替えた医療費について、請求があれば支払うと
いう誓約書

この誓約書に記入した日

令和〇 年 〇 月 〇 日

(あて先)さいたま市長

加害者名
(もしくは代理賠償者)

(賠償責任者)

住所 さいたま市浦和区高砂〇-〇-〇

氏名 浦和 まもる (印)

※署名又は記名押印

同意書

私が加害者 浦和 まもる)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。

市役所へ届出をする日

令和〇 年 〇 月 〇 日

受診者 (未成年の場合は親権者等)

住所 さいたま市浦和区常盤〇-〇-〇

氏名 埼玉 太一

世帯主様

(印)

※署名又は記名押印

(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、介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第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。

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

さいたま市

※この用紙は人身事故の交通事故証明書を取得できない場合に記入ください。
・交通事故証明書を取得できない場合
・交通事故証明書が物件事故扱いの場合など

- 人身事故扱いの交通事故証明書が入り（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>	<ul style="list-style-type: none"> <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 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 checked="" 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。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>【理由】受傷が軽微であり事故当時には警察に届出なかった。後日、症状が悪化したため病院を受診し、警察に届出を行ったが、事故から日数が経過していたため交通事故証明書を発行してもらえなかった。</p> </div> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>【理由】</p> </div>
--	--

◆ 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	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。

当事者 住所：〒○○○-○○○ 記載日 令和○年○月○日

目撃者 さいたま市浦和区高砂○-○-○

その他（ ）氏名： 浦和 まもる ⑧

※ 該当する項目に ○印をしてください 電話： 090(1111)1111

(注) 加害者および目撃者が不明な場合等、加害者や目撃者に証明をもらうことが難しい場合には、被害者または保険会社の記名押印でも構いません。

- (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
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。)

この裏面について、以下に該当する場合、事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

- ・交通事故証明書が発行されていない場合
- ・交通事故証明書が発行されているが、交通事故証明書に受傷した方のお名前がない場合

当 事 者	甲	住 所	電話 ()				
		氏 名	生 年 月 日	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	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	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	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	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。