

記入例

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 XXXXXX	保険者名 〇〇市
	保険者の住所(届出先) ※市役所等の住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	
	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 ひが い はじめ 氏名 被害 一	(印)
被害者	氏名/性別/年齢	ふりがな ひが い たろう 氏名 被害 太郎	男性 / 女性 XX 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	平成XX年 XX月 XX日
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX
	備考		
加害者	氏名/性別/年齢	ふりがな かが い いちろう 氏名 加害 一郎	男性 / 女性 XX 歳
	住所 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX
事故発生	事故発生日時	平成XX年 XX月 XX日 午前 / 午後 XX時 XX分頃	
	事故発生場所	〇〇市△△町××番地	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	□□損害保険	
	保険契約者名	ふりがな かが い いちろう 氏名 加害 一郎	
	登録番号	〇〇 × × × × 〇 × × × ×	
	車台番号	〇〇〇〇 - × × × ×	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 平成XX年 XX月 XX日 ~ 平成XX年 XX月 XX日	自賠責番号 第XXXXXXXX号
任意保険(加害者)	保険会社名	◆◆損害保険	
	取扱店所在地 / 電話	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	TEL XXX(XXX)XXXX
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ かずお 氏名 損保 一夫	E-mail XXX@XXXX
	保険契約者名	ふりがな かが い いちろう 氏名 加害 一郎	
	住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 平成XX年 XX月 XX日 ~ 平成XX年 XX月 XX日	契約番号 XXXXXXXXXX
	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	保険会社名・担当者名 ニッポン交通共済 担当:共済 花子 TEL XXXX(XX)XXXX
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名 〇〇病院	治療開始日 平成XX年 XX月 XX日 TEL XXX-XXX-XXXX
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	入院の有無 有 / 無
	診療機関名/治療開始日/電話	医療機関名 〇〇接骨院	治療開始日 平成XX年 XX月 XX日 TEL XXX-XXX-XXXX
	所在地	〒 XXX-XXXX 〇〇市△△町××番地	入院の有無 有 / 無

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、有無の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

(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。)

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	<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】 <b>例&gt;相手方より協力を得られなかった</b> <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】
----	--

※ 該当する項目に○印をつけてください。  
 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。

◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察	担当官 (判明している場合)	届出年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 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、人身事故の事実相違ありません。

記入日 平成 XX 年 XX 月 XX 日

<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所	〒 XXX-XXXX 〇〇市〇〇町△△△
<input type="radio"/> 目撃者	氏名	加害 一郎 <input checked="" type="radio"/> 印
<input type="radio"/> その他 ( )	電話	XXX (XXX) XXXX

※ 該当する項目に○印をしてください

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合は、賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、

こちらは原則、加害者の署名捺印になっておりますが、頂けなかった場合は被害者の署名捺印を上記の入手不能理由欄に理由をお書きください。

(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、人身事故の事実相違ないことを確認しました。

◆ 確認日 年 月 日 年 月 日 年 月 日	◆ 確認先 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <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 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 <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	平成 xx年 xx月 xx日		午前 午後	xx時 xx分頃	天候 雨
発生場所					
当事者	甲	住所	〇〇市〇〇町		電話 xxx(xxx)xxxx
		氏名	被害 太郎	生年月日	明・大昭・平 昭和xx年 xx月 xx日(xx才)
		自賠責保険契約先	xxxxxxxxx	自賠責保険証券番号	第 XXXXXXXX号
		登録番号		事故時状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	〇〇市〇〇町△△		電話
		氏名	被害 次郎	生年月日	明・大昭・平 昭和xx年 xx月 xx日(xx才)
		自賠責保険契約先		自賠責保険証券番号	第 XXXXXXXX号
		登録番号		事故時状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所			電話
		氏名		生年月日	明・大昭・平 年 月 日(才)
		自賠責保険契約先		自賠責保険証券番号	第 号
		登録番号		事故時状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住所			電話
		氏名		生年月日	明・大昭・平 年 月 日(才)
		自賠責保険契約先		自賠責保険証券番号	第 号
		登録番号		事故時状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住所			電話	
	氏名		生年月日	明・大昭・平 年 月 日(才)	
	自賠責保険契約先		自賠責保険証券番号	第 号	
	登録番号		事故時状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	

同乗者の情報が事故証明書にない場合は  
こちらの欄に必要事項を記入します。  
・住所・氏名・生年月日・電話番号・同乗(甲・乙)

※ 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。



( 保険者名※を記載ください ) 御中

記入例

※ ○○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 一郎 ) 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 xx 年 xx 月 xx 日

届出者(被保険者)

住所 ○○市□□□町△△

氏名 被害 太郎

(印)

被害者が傷病等で記入できない場合は  
代筆可。その場合は被害者との関係をご記入  
ください。

(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、国民健康法第64条3項または高齢者の医療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。