

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 1234567	保険者番号(保険者名) 284018
	公費負担番号	受給者番号	
	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 氏名 〒	こくほ たろう 国保 太郎 神戸市〇〇区〇丁目〇通〇-〇号
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	こくほ はなこ 国保 花子 神戸市〇〇区〇丁目〇通〇-〇号
(加害者) 加害者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	だいさん じろう 第三次郎 〇〇市××区〇〇町×-×
加害者の親権者、使用者等(加害者以外に責任を負う者がいる場合)	氏名(法人名) 住所(事業所)/電話	ふりがな 氏名(法人名) 〒	ぜっとたくしーかぶしがいいや Zタクシー株 〇〇市××区〇〇町×-×
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	令和〇年〇月〇日 午前/午後〇時〇分頃 〇〇市××区〇〇町×-× 先交差点 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(賠償)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 / 自賠償証明書番号	保険会社名 登録番号 保険期間 年 月 日 ~ 号	A 損害保険株 事故証明書に記載された相手方の自賠償保険を記入してください。
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 〒 ふりがな 氏名 ふりがな 氏名 〒 保険期間 年 月 日 ~ 号 有 / 無	B 生命保険株 相手方の任意保険、個人賠償責任保険の場合もこちらに記入してください。
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 担当者氏名 TEL ()	
治療状況	傷病名 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 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了(見込) 年 月 日 〒 () ② 診療機関名 〒 () ③ 診療機関名 〒 () TEL ()	あなたがこの事故等で負ったケガの傷病名、かかった医療機関等の名称等を記入してください。
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 checked="" type="checkbox"/>	

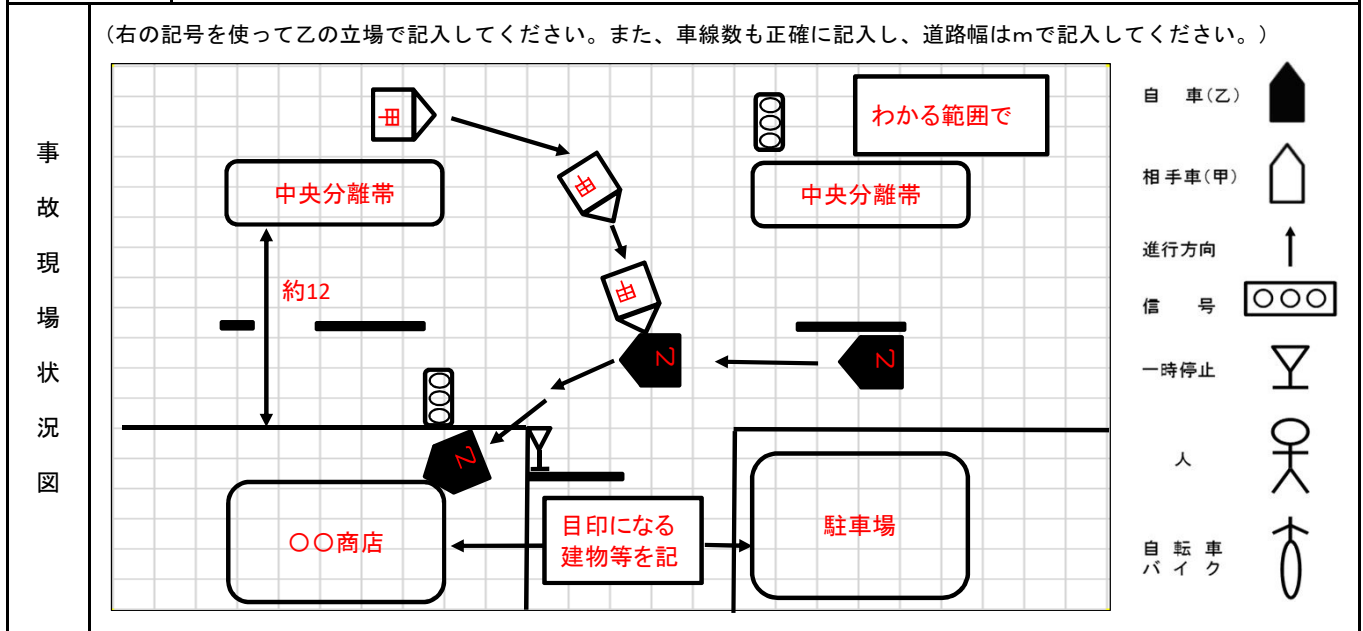
《下記の場合の記入例》

- 被害者側情報(国保加入者)
世帯主：国保太郎
被保険者番号：1234567
保険者番号：284018
公費なし
被害者：国保花子(配偶者)
- 加害者側情報
氏名：第三 次郎
使用者：Zタクシー(株)
自賠償保険加入 (A 損害保険(株))
任意保険加入 (B 生命保険(株))

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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

事故証明書番	第 〇〇〇〇 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 第三 次郎		
自動車の登録番号	神戸500 あ ××××	乙 (被害者)	氏名	国保 花子	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: 20 km/h (制限速度 60 km/h) ・ 乙車両: 60 km/h (制限速度 60 km/h)					



事故発生状況(経緯)

乙車直進中に右折する甲車が接触し、乙車は〇〇商店入り口で停止した。なお、信号は双方とも青。

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 ()		
	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		

本人署名の場合印不要

上記内容に間違いありません。 ※被保険者本人の署名または記名押印でも可

令和〇〇年 〇月 〇日
届出者(被保険者) : 国保 太郎 印

※未成年の場合は親権者等

(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（第三 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。

なお、神戸市福祉医療費に関する条例（注2）による助成を受けた場合も同様とします。

- 保険者（注3）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。
- 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。
- 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。

- 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。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和〇〇 年 〇 月 〇 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 神戸市〇〇区〇〇町〇-×-××

氏名 国保 花子 (印)

※被保険者本人の署名または記名押印でも可

事故にあわれた被害者（受診者名）

（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）神戸市福祉医療費に関する条例は次のとおりです。

「神戸市高齢期移行者医療費助成に関する条例」、「神戸市子ども医療費助成に関する条例」、

「神戸市重度障害者医療費助成に関する条例」、「神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例」

（注3）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。

相手方が記入する書類になります

記入例

誓約書

私は、下記の事故に起因する被保険者の保険給付について、被保険者が貴市の国民健康保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市から請求があったときは、納付することを誓約いたします。また、保険給付額の限度において貴職が取得される自動車損害賠償責任保険損害賠償金を、私が有する加害者請求権に優先して貴職が受領されることを承諾いたします。

なお、市条例による福祉医療費の助成を受けた場合も同様といたします。

令和 年 月 日

相手方が記入してください

(第三者)

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇

電話 ()

氏名 第三 次郎 ③

(任意保険または使用主)

相手方の任意保険もしくは

使用主を記入してください。

会社名

電話 ()

担当者 ④

神戸市長様

記

事故日	発生日時	平成・令和〇〇年〇月〇日 午前・午後〇時〇分頃
	発生場所	〇〇市××区〇〇町×-× 先交差点
被保険者 (受給者)	住所	神戸市〇〇区〇丁目〇〇通〇-〇号
	氏名	国保 花子

被害者（受診者）の情報を記入してください

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

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。 ※ 複数の該当する場合は、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 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。） 【理由】 軽微な事故であったため、双方ケガがないと判断し、警察には届出をしなかったため		
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 物損事故の届出を行っている場合はご記入ください。		
◆ 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	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、関係者の署名もしくは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：〒000-0000 記載日 令和0年0月0日
<input type="radio"/> 目撃者	神戸市00区0丁目00通0-0号
<input type="radio"/> その他（ ）氏名：	国保 花子 本人署名の場合印不要
※ 該当する項目に○印をしてください	電話：078(000)0000

(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： 国保 花子 事故日： 令和〇年 〇月 〇日 】

○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		令和〇年 〇月 〇日 〇時 〇分頃 天候 晴れ			
発 生 場 所		〇〇市××区〇〇町×-× 先交差点			
当 事 者	甲	住 所	電話 ()		
		氏 名	才		
		自賠償保険契約先	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、事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。		
		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	第 号	
		登録番号	その他		
	丙	住 所	甲～丁に 交通事故の当事者情報を記載ください。		
		氏 名			才
		自賠償保険契約先			号
		登録番号			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。