

第三者行為による傷病届

①記入例

項目		内容				
届出者 (被保険者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 33-12-3456	保険者名 小金井市(国民健康保険)			
	届出者情報	ふりがな こがね いちろう 氏名 小金 一郎	生年月日 昭和45年 1月 31日			
	※世帯主の情報を記入	〒123-4567 住所 / 電話 東京都小金井市■■町〇-〇-〇 ▲▲マンション〇〇〇	TEL 090(0000)0000			
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな こがね はなこ 氏名 小金 花子	生年月日 昭和46年 2月 1日			
	住所 / 電話	〒 TEL 090(1111)1111				
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな 〇〇〇 〇〇〇 氏名 ●● xx				
	住所 / 電話	〒XXX-XXXX 東京都〇〇市■■町〇-〇-〇	TEL 090(9999)9999			
事故発生状況	事故発生日時	令和1年 3月 31日 午前 / 午後 2時 15分頃				
	事故発生場所	東京都小金井市■■町〇-〇-〇				
	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)	<input checked="" type="checkbox"/>			
自賠責保険 (加害者・相手方)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇保険株式会社	ふりがな 〇〇〇 〇〇〇 氏名 ●● xx			
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ※ナンバープレート 小金井500 あ XXXX	車台番号 ABCD12345-XYZ			
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日	自賠責証明書番号 第 123456 号			
任意保険 (加害者・相手方)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 □□損保株式会社	担当部署 XXXサービス課			
	取扱店所在地 / 電話	〒XXX-XXXX 東京都〇〇市■■町〇-〇-〇	TEL 03(0000)0000			
	担当者名 / E-mail	ふりがな そんぼ たろう 氏名 損保 太郎	E-mail abcd123@co.jp			
	保険契約者名	ふりがな 〇〇〇 〇〇〇 氏名 ●● xx				
	住所	〒XXX-XXXX 東京都〇〇市■■町〇-〇-〇				
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日	契約番号 第 123456 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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険会社名 ▲▲保険株式会社	担当部署 XXXサービス課			
		担当者氏名 ▲▲ ▲▲	TEL 03(1111)1111			
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 こがねい病院	入院 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	治療開始日 令和●年●月●日	治療終了(見込) 令和●年●月●日	
		〒100-0000 東京都小金井市■■町〇-〇-〇	TEL 042(123)4567			
		② 診療機関名 小金井整形外科	入院 有 / 無 <input type="checkbox"/> 無	治療開始日 令和●年●月●日	治療終了(見込) 年 月 日	
		〒100-0000 東京都小金井市■■町〇-〇-〇	TEL 042(987)6543			
		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	令和●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				

健康保険証等を参照
してご記入ください

当事者の情報や事故
の状況等をご記入く
ださい。

相手方に記入してい
ただく、「交通事故証明
書」等を参考に、ご
記入ください。

※下記補足も併せて
ご確認ください。

該当があればご記入
ください。

治療を受けている
(または受けてい
た)病院名等と治療
期間について、ご
記入ください。

(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。

※以下、「交通事故証明書」がない場合等、必要に応じて相手方に確認をお願いします。

相手方の加入保険について(補足)

相手方が自動車やバイクでなくても、損害保険(賠償保険)加入している場合がありますので、以下の該当がないかご確認をお願いします。

- 1: 「個人賠償責任保険」に加入している
- 2: 「火災保険」「自動車保険(任意保険)」「生命保険」等の保険の付帯特約

事故発生状況報告書

②記入例

事故証明書番号	第 0001 号	当事者	甲 加害者・相手方 氏名 ●● ××
自動車の登録番号	小金井500 あ XXXX	乙 被害者・被保険者 氏名 小金 花子	<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 <input checked="" type="checkbox"/> 普通・閑散 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・していない) ・ 歩道: <input checked="" type="checkbox"/> (ある・ない) ・ 道路の見通し: <input checked="" type="checkbox"/> (良い・悪い) 中央車線: <input checked="" type="checkbox"/> (ある・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: <input checked="" type="checkbox"/> (ある・ない) ・ 自転車側信号: <input checked="" type="checkbox"/> (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (青 <input checked="" type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 駐停車禁止: <input checked="" type="checkbox"/> (されている・されていない) ・ その他標識: ()		
速度	甲車両: 45 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 0 km/h (制限速度 40 km/h)		

事故証明書番号は、交通事故証明書を参照してください。

(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。)

自 車 (乙)

相手車 (甲)

進行方向

信 号

一時停止

人

自 転 車
バ イ ク

交通事故に遭われた状況について、できるだけ詳細にご記入ください。

※交通事故以外の場合は記入不要

事故発生状況 (経緯)

信号のある交差点の進行方向が青信号であったため、車で直進していたところ、対向車線を右折しようとする車に衝突された。

事故の発生した状況をできるだけ詳細にご記入ください。

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

世帯主の方または事故に遭われた被保険者の方の氏名をご記入ください。

自署でない場合は押印もお願いします。

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和●年 ●月 ●日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

小金 一郎 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。

相手方の氏名

同意書

私が加害者（相手方） ●● ×× 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。

記入日

令和●● 年 ●● 月 ●● 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 小金井市■■■町〇-〇-〇 ▲▲マンション〇〇〇

氏名 小金 花子 (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条第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条第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条第3項及び第4項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第3項、介護保険法第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都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。

誓約書（相手方用）

④記入例

当該事故についての相手方にご記入いただく書類（小金井市国民健康保険被保険者に対する相手方）

小金井市国民健康保険の下記被保険者の受けた保険給付は、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します。

- 1 保険給付額確定時に過失割合に応じて損害賠償金を請求しないこと。過失割合が低い場合も不法行為という扱いになりますので、ご理解をお願いします。
- 2 貴職の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付を請求しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため、自動車損害賠償責任保険会社及び任意保険会社等から受けるべき保険金のうち、保険給付額を限度として貴職が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

記入日

(宛先) 小金井市長

令和 ● 年 ● 月 ● 日

本人または雇用主、その他関係者の方が記入する場合

誓約者住所 東京都□□市■町○-○-○

氏名 ●● ××

印

誓約者と事故当事者との関係

本人・雇用主 **その他** (親権者)

事故当事者が未成年の場合は親権者等によりご記入ください。

雇用主の記載の場合の氏名欄は「○○会社 代表者名」+代表者印 をお願いします。

いずれか該当の項目に○をしてください。その他の場合は、()内に詳細をご記入ください。

任意保険会社による一括処理にて記入の場合

保険会社住所 東京都○○区○○町4丁目5番6号

会社名 ○○保険株式会社

印

担当者 ○△ ○△

被害者氏名 小金 花子

(小金井市国民健康保険被保険者)

当該事故についての、小金井市国民健康保険被保険者の氏名

※備考