

第三者行為による傷病届

項 目	内 容		
届出者・届出先	被保険者記号番号 / 保険者名	被保険者記号番号 49-00-0000	保険者名 あきる野市
	保険者の住所(届出先)	〒000-0000 あきる野市△△○丁目○番地 ABCハイム101	
	世帯主氏名	ふりがな 氏名 世帯主の氏名	
(被害者)	氏名 / 年齢	ふりがな 氏名 被保険者の氏名	〇〇 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	〇 年 〇 月 〇 日
	住所 / 電話	〒000-0000 あきる野市△△○丁目○番地 ABCハイム101	TEL 000 (000) 0000
	備考		
(第三者)	氏名	ふりがな 氏名 相手の氏名	
	住所 / 電話	〒●●●-●●●● あきる野市▲▲●丁目●番地	TEL ●●● (●●●) ●●●●
事故発生	事故発生日時	〇 年 〇 月 〇 日 <input type="checkbox"/> 午前 / 午後 〇 時 〇 分頃	
	事故発生場所	あきる野市〇〇□丁目□番地 (交通事故証明書に記入されています。)	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	●●保険株式会社 (交通事故証明書に記入されています。)	
	保険契約者名	ふりがな 氏名 保険契約者の氏名	(交通事故証明書では分からないため、借りた車などでは確認が必要です)
	登録番号	八王子●● あ ●●●● (交通事故証明書に記入されています。)	
	車台番号	交通事故証明書では分からないため、不明の場合は空白で構いません。	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 ● 年 ● 月 ● 日 ~ ● 年 ● 月 ● 日	自賠責番号 交通事故証明書に記入されています。
任意保険(加害者)	保険会社名	●●保険株式会社	
	取扱店所在地 / 電話	〒●●●-●●●● 東京都●●区●●■丁目■番地 DEFビル10階	TEL ●●● (●●●●) ●●●●
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 担当者の氏名	E-mail 分かればご記入ください。
	保険契約者名	ふりがな 氏名 保険契約者の氏名	
	住 所	〒●●●-●●●● あきる野市▲▲●丁目●番地 (保険契約者の住所を記入してください)	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 ● 年 ● 月 ● 日 ~ ● 年 ● 月 ● 日	契約番号 分かればご記入ください。
	任意対人一括の有無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無 保険会社名・担当者名 ◇◇保険株式会社	TEL 〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 □□□病院	治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 あきる野市□□△丁目△番地	入院の有無 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 □□□薬局	治療開始日 年 月 日 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 あきる野市△△□丁目□番地	入院の有無 <input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 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、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
 (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。)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	交通事故証明書に記入されています。	当事者	甲 (加害者)	氏名 相手の氏名		
自動車の番号	八王子●● あ●●●● (交通事故証明書に記入されています。)		乙 (被害者)	氏名 被保険者の氏名		<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他
天候	<input type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪・ <input type="checkbox"/> 霧・()	交通状況	<input type="checkbox"/> 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・ <input type="checkbox"/> 夕方	
道路状況	舗装 (<input checked="" type="checkbox"/> してある・ <input type="checkbox"/> してない) ・ 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) ・ 道路の状態 (<input checked="" type="checkbox"/> 直線・ <input type="checkbox"/> カーブ・ <input type="checkbox"/> 平坦・ <input type="checkbox"/> 坂・ <input type="checkbox"/> 積雪路・ <input type="checkbox"/> 凍結路)					
信号又は標識	信号 (<input checked="" type="checkbox"/> ある・ <input type="checkbox"/> ない) ・ 自転車側信号 (青・ <input checked="" type="checkbox"/> 赤・黄) ・ 相手方信号 (青・ <input checked="" type="checkbox"/> 赤・黄) 駐停車禁止 (<input checked="" type="checkbox"/> されている・ <input type="checkbox"/> されていない) ・ その他標識 ()					
速度	甲車両 20 Km/h (制限速度 50 Km/h) ・ 乙車両 0 Km/h (制限速度 50 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下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
事故発生 の状況 (経緯)	【例】 自動車を運転中、交差点の信号が赤であったため停車していたところ、後方から来た自動車に追突された。ハンドルに頭部を打ち、首の痛み、右手にしびれが出ている。					
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役員の場合のみ記入) <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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ○ 年 ○ 月 ○ 日 届出者(被保険者): 被保険者の氏名 </div> <div style="text-align: right; font-size: small;">(自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください)</div>						

(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事も可能です。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下さい。

※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

あきる野市

御中

同意書

私が加害者（相手の氏名）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、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。

- 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。

〇 年 〇 月 〇 日

届出者（被保険者）

住所 あきる野市△△〇丁目〇番地 ABCハイム101

氏名 被保険者の氏名

（自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください）

（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、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の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。

誓約書 (加害者側)

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故、傷害事件）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. 保険給付確定時に過失割合に応じて損害賠償金（国民健康保険給付分）を貴職に支払いをすること。
2. 上記1の支払いに充てるため ●●保険株式会社（共済農業組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿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、誓約者の受領権を行使しないこと

年 月 日

誓約者

住 所

氏 名

電 話

基本的には、加害者本人になります。
なお、交通事故で任意保険を使う場合には、
保険会社の担当者で構いません。

印

あきる野市 御中

記

事故発生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
事故発生場所	あきる野市〇〇□丁目〇番地（交通事故証明書に記入されています。）		
被害者	住 所	あきる野市△△〇丁目〇番地 ABCハイム101	
	氏 名	被保険者の氏名	
保有者	住 所	自動車保有者の住所	
	氏 名	自動車保有者の氏名	
加害者	住 所	あきる野市▲▲●丁目●番地	
	氏 名	相手の氏名	
※加害者と誓約者との関係	誓約者と加害者が異なる場合、関係を記入	自賠償（共済） 証明書番号	交通事故証明書に記入されています。

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。