

第三者行為による傷病届

	項 目	内 容
国民健康保険被保険者証を確認して記入します。	(被保険者名等) 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	被保険者記号・番号 / 保険者名 被保険者記号・番号 枕 国 保 ○○○○ 保険者名 枕 崎 市
世帯主名を記入します。		氏名 / 生年月日 ふりがな まくらざき いちろう 氏名 枕崎 一郎 生年月日 ○○年○月○日
被害に遭われた方の氏名、住所等を記入します。(届出者と同じ場合は記載不要)	(受診者) 届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	住所 / 電話 〒○○○-○○○ 鹿児島県枕崎市○○町○番地 TEL ○○○○(○○)○○○○
		氏名 / 続柄 / 生年月日 ふりがな まくらざき はなこ 氏名 枕崎 花子 届出者との関係 妻 生年月日 ○○年○月○日
交通事故証明書を 確認して記入します。	(第三者) 事故発生状況	住所 / 電話 〒○○○-○○○ 鹿児島県枕崎市○○町○番地 TEL ○○○○(△△)○○○○
		氏名 ふりがな かがいしや ■■■ 氏名 加害者 ■■
交通事故証明書を 確認して相手方の事項を記入します。	(自賠償責者) 任意保険(加害者)	事故発生日時 令和XX年 X月 X日 午前 / (午後) ○時○分頃
		事故発生場所 ○○市△△△町××番地
相手方の任意保険の加入状況が分かっている場合は記入してください。	(任意保険(加害者))	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 type="checkbox"/>
		保険会社名 / 保険契約者名 保険会社名 ○○○損害保険 ふりがな かがいしや ■■■ 氏名 加害者 ■■
届を記載した日を記入します。 損保会社が作成を手伝った場合は右下にチェックをします。	(任意保険(加害者))	登録番号 / 車台番号 登録番号 鹿児島○○○ ○○○○ 車台番号 ○○○○ - ○○○○
		保険期間 / 自賠償責証明書番号 保険期間 令和XX年 X月 X日 ~ 令和XX年 X月 XX日 自賠償責証明書番号 第○○○○○号
事故に係る治療を行った医療機関名等を記入します。	(任意保険(加害者))	保険会社名 / 担当部署 保険会社名 ○○○損害保険 担当部署 ○○○課
		取扱店所在地 / 電話 〒○○○-○○○ ○○市△△△町××番地 TEL ○○○(○○○)○○○○
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	担当者名 / E-mail ふりがな そんぼ ▲▲▲ 氏名 損保 ▲▲ E-mail XXXXXX@XXXXXXXX
		保険契約者名 ふりがな かがいしや ■■■ 氏名 加害者 ■■
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	住所 〒○○○-○○○ 鹿児島県枕崎市○○町○番地
		保険期間 / 契約番号 保険期間 令和XX年 XX月 XX日 ~ 令和XX年 XX月 XX日 契約番号 第○○○○-○○○○号
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	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 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	治療機関名 / 入院 / 治療期間 ① 治療機関名 △△△病院 入院 (有) / 無 治療開始日 令和XX年 X月 X日 治療終了(見込) 年 月 日
		住所 / 電話番号 〒○○○-○○○ ○○○市○○○町××番地 TEL ○○○○(○○)○○○○
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	② 治療機関名 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		TEL ()
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	③ 治療機関名 入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		TEL ()
(任意保険(加害者))	(任意保険(加害者))	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 <input type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠償責共済、任意共済の場合、自賠償責保険、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

事故証明書番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 加害者 ■■		
自動車の登録番号	鹿兒島〇〇〇あ〇〇〇〇	乙 (被害者)	氏名	枕崎 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： 50 km/h（制限速度 40 km/h） ・ 乙車両： 5 km/h（制限速度 30 km/h）					

(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。)

幅員,信号・標識等を記入します。
 なお、交通事故以外で状況図の記入が難しい場合は空欄でも結構です。

自 車(乙)
 相手車(甲)
 進行方向
 信 号
 一時停止
 人
 自 転 車
 バ イ ク

見通しのあまり良くない信号機の無い交差点で、一時停止のうえ左右を確認したが、右側から来る車両より先に通過できると考え発進したところ、相手車が右側後部に衝突した。

図面の説明(事故の状況)を簡潔に記入します。

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（ ）	届出年月日、届出者(被害者)の署名又は記名・押印します。
	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。

令和 〇年 〇月 〇〇日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

枕崎 花子

※署名又は記名・押印

(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。

枕崎市 御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

加害者の氏名を記入します。

同意書

私が加害者 加害者 ■■ 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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日

届出年月日、届出者
(被被害者)の署名又は記名・
押印します。

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 枕崎市〇〇町〇番地

氏名 枕崎 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。