

第三者行為による傷病届(記入例)

| 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 32- ○○○○○○○○ | 保険者名 143024 神奈川県歯科医師国民健康保険組合 |
| | 保険者の住所(届出先) | 〒 231-0013 神奈川県横浜市中区住吉町 6-68 TEL045-641-5418 | |
| | 組合員本人の氏名 | ふりがな 氏名 ココホ タロウ 国保 太郎 | 国保印 |
| (被害者) (受診者) | 氏名 / 性別 / 年齢 | ふりがな 氏名 ココホ ハナコ 国保 花子 | 男性 / 女性 / 20 歳 |
| | 続柄 / 生年月日 | 届出者との関係 娘 | 平成10年 8月 10日 |
| | 住所 / 電話 | 〒 ×××-×××× ▲▲市▲▲▲123-1 | TEL 045 (112)1122 |
| | 備考 | | |
| ※相手について記入 (第三者) (加害者) | 氏名 / 性別 / 年齢 | ふりがな 氏名 カナガワ イチロウ 神奈川 一郎 | 男性 / 女性 / 50 歳 |
| | 住所 / 電話 | 〒 ▲▲市○○5532 | TEL 045 (329)3443 |
| 事故発生 | 事故発生日時 | 平成31年 1月 1日 午前 / 午後 10時 30分頃 | |
| | 事故発生場所 | ▲▲市★▲6-2 | |
| 自賠責保険 (加害者) (被害者について記入) | 保険会社名 | ○○海上火災保険会社 | |
| | 保険契約者名 | ふりがな 氏名 | 神奈川 一郎 |
| | 登録番号 | ▲▲55は5555 | |
| | 車台番号 | EX66-666 | |
| | 保険期間 / 自賠責番号 | 保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 平成32年 9月 30日 | 自賠責番号 AA-2222 |
| 任意保険 (加害者) (被害者について記入) | 保険会社名 | ●●●●損保保険会社 | |
| | 取扱店所在地 / 電話 | 〒 | TEL () |
| | 担当者名 / E-mail | ふりがな 氏名 * * | E-mail |
| | 保険契約者名 | ふりがな 氏名 カナガワ イチロウ 神奈川 一郎 | |
| | 住 所 | 〒 ▲▲▲-▲▲▲▲ ▲▲市○○5531 | |
| | 保険期間 / 契約番号 | 保険期間 平成30年 10月 1日 ~ 平成31年 9月 30日 | 契約番号 ×××-○○○ |
| | 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 ★★協同組合 損保 花子 |
| 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 平成31年 1月 1日 TEL ○○○ (▲▲▲) □□□□ |
| | 所在地 | 〒 ☆☆☆-★★★★ ▲▲市■▲27-1 | 入院の有無 有 / 無 |
| | 診療機関名 / 治療開始日 / 電話 | 診療機関名 ○○診療所 | 治療開始日 平成31年 4月 1日 TEL ●●● (▲▲▲) ■■■■ |
| | 所在地 | 〒 ★★*-☆☆☆☆ ◆◆市▽▽10-5 | 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。)

同意書

私が加害者（**神奈川 一郎**）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、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。

令和 元 年 5 月 10 日

届出者（被保険者）

住所 ▲▲市▲▲▲123-1

氏名 国保 花子

国保（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

（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。

事故発生状況報告書 (記入例)

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|------------------------|--|--|
| 事故証明書番号 | 第AA-2222号 (相手の番号) | 当事者 | 甲 (加害者) | 氏名 神奈川 一郎(相手) | | |
| 自動車の番号 | ▲▲55は5555 (相手の番号) | | 乙 (被害者) | 氏名 国保 花子 (当組合の被保険者) | <input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 天候 | 晴・曇・ <input checked="" type="checkbox"/> 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・ <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・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・ <input type="checkbox"/> ない) ・自転車側信号 (青・赤・黄) ・相手方信号 (青・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 (一時停止) | | | | | |
| 速度 | 甲車両 <input type="checkbox"/> 不明 Km/h(制限速度 Km/h) ・乙車両 <input checked="" type="checkbox"/> 50 Km/h(制限速度 <input checked="" type="checkbox"/> 40 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。) | | | | | |
| | | | | | | |
| 事故発生状況(経緯) | 乙は、見通しのよい片側1車線の国道246号を〇〇市の方へ時速50kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきた、乙車の左側前部と衝突しました。 | | | | | |
| 被害者の負傷状況 | 日 | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 加入無 | | | | |
| 上記内容に間違いありません。 令和 元年 5月 10日 | | | | | | |
| 届出者(被保険者): 国保 太郎 | | | | | | |

(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

誓約書

貴神奈川県歯科医師国民健康保険組合の国民健康保険の被保険者 国保 花子が受けた保険給付は、
(当国保組合の被保険者)

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。

- この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において代位取得し、損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。
- 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、損害賠償に応じることを確約します。

令和 元年 5月 10日

(注) この書類は相手(加害者)に
記入・捺印をして貰ってください

誓約者 住 所 ▲▲市○○5532
氏 名 神奈川 一郎



神奈川県歯科医師国民健康保険組合理事長 小澤 孜 様

| | | | |
|----------|--------------|--------|----------|
| 事故発生年月日 | 令和 元年 ○月 ××日 | 事故発生場所 | ▲▲市★★6-2 |
| ※当事者との関係 | | | |
| 連帯保証人 | | | |

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

記入例

(物件事故等の場合)【表面】

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 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 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。) |
| | <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) |

【理由】

【理由】 事故当時異常がなく、後日痛みだし病院にて治療を受けたため。

◆ 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 <input checked="" type="radio"/> 担当官 (判明している場合) | 届出年月日 | 平成31年1月1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、関係者の記名・押印をお願いします。

本来、相手(加害者)の記入・捺印となりますが、貰えない場合は

被保険者が記入・捺印し、その理由を左の(※)のように記入してください。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実確認は完了していません。

| | | |
|--|-----------------|---------------|
| <input checked="" type="radio"/> 当事者 ※相手方に | 住所 〒●●●-■■■■ | 記 日 令和元年5月10日 |
| <input type="radio"/> 目撃者 拒否されたため | 神奈川県▲▲市▲▲▲123-1 | |
| <input type="radio"/> その他() | 氏名 国保 花子 | 国保 (印) |
| ※ 該当する項目に○印をしてください | 電話 000(111)1111 | |

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、人身事故の事実と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 |
|-------|--|---|
| 年 月 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 |
| 年 月 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 |
| 年 月 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: _____ 事故日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

※「裏面」は物件扱いの交通事故証明書に事故にかかる氏名が記載されていない者がいる場合はその者の氏名等を記入してください。

○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 | | 午前 午後 | | | | |
| 発生場所 | | | | | | |
| 当事者 | 甲 | 住所 | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 | 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 | | |
| | 乙 | 住所 | 電話 () | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 | 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 | | |
| | 丙 | 住所 | | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 | 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 | | |
| | 丁 | 住所 | 電話 () | | | |
| | | 氏名 | 生年月日 | 明・大・昭 平・令 | 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 | 明・大・昭 平・令 | 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。