

第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 届 出 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・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	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏名 TEL ()
		住所 / 電話	生年月日 年 月 日
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 TEL ()	届出者との関係 生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	TEL ()	
(加 害 者)	氏名	ふりがな 氏名 TEL ()	
	住所 / 電話	TEL ()	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所		
	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)	
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 担当部署	
	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	
	住所	TEL ()	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 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 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当部署	
		担当者氏名 TEL ()	
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	入院 有 / 無
		治療開始日	年 月 日
		治療終了(見込)	年 月 日
		TEL ()	
		② 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 ()			
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	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。

様式第6号

川上村長

様

念 書

私が加害者（ ）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、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。

- 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。

年 月 日

届出者(被保険者)

住所

氏名

(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。

誓約書

- | | |
|----------|----------------|
| 1. 市・町・村 | 1. 国民健康保険被保険者 |
| 2. 国保組合 | 2. 後期高齢者医療被保険者 |
| 3. 広域連合 | 3. 介護保険被保険者 |

_____様が受けた保険給付は、私の _____年 _____月 _____日の
 不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは

1. 国民健康保険給付分	に限り、何人に対しても
2. 後期高齢者医療給付分	
3. 介護保険給付分	

 示談の効力を主張しないこと。
3. 上記 1. の支払に充てるため、

1. 保険株式(相互)会社	に対して有する
2. 共済農業協同組合	

1. 自動車損害賠償責任保険	1. 保険金	の保険給付額を限度
2. 自動車損害賠償責任共済	2. 共済金	
3. 任意自動車保険の対人賠償保険		

 として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。
4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。
5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

_____年 _____月 _____日

_____長 様

誓約者 住所 _____

_____氏名 ⑩

法定代理人 住所 _____

_____氏名 ⑩

誓約者との関係

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。

人身事故証明書入手不能理由書

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。)

<p style="text-align: center;">理 由</p> <p style="font-size: small;">※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ○ 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 ○ 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 ○ 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】 _____ ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____ 		
◆ 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。			
○ 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
○ 目撃者	_____		
○ その他 ()	氏名： _____	(印)	
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： _____		

(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□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： _____ 事故日： _____ 年 月 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		年 月 日		時 分頃	天 候	
発 生 場 所						
当 事 者	甲	住 所	電話 ()			
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才		
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才		
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	電話 ()			
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日 才		
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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	年 月 日 才		
		自 賠 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先	自 賠 責 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。