

第三者行為による傷病届 (交通事故)

本人・家族

(その1)

被害者・加害者(相手方)関係	被保険者証	(記号)	氏 名				
	記号・番号	(番号)	現住所	連絡先 TEL ()			
	被保険者が勤務している事業所	名 称					
		所在地	TEL ()				
	被扶養者がうけた事故であるとき	被扶養者氏 名	連絡先 TEL ()			被保険者との続柄	
	加 害 者 (相 手 方)	氏 名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日	
		現住所	TEL ()				
	加害者(相手方)の勤務先	名 称			事業内容 又は職業		
		所在地	TEL ()				
	加害者の住所氏名がわからないとき	その理由					
事故内容	傷 病 名			発 生 年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発 生 の 場 所						
	事 故 発 生 時 の 状 況	被保険者又は被扶養者	自動車・バイク・自転車・歩行者・その他()				
		加害者(事故相手)	自動車・バイク・自転車・歩行者・その他()				
	警察への届出の有無	有: 人身事故・物件事故(警察署) 無: (理由:)					
	過 失 の 度 合 (わかる範囲で)	自分なんぶ			相手なんぶ		
0. 1. 2. 3 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10			0. 1. 2. 3 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10				

添付書類	*「交通事故証明書」 自動車事故が発生した都道府県の「自動車安全運転センター事務所」に申請してください。
	*「人身事故証明書入手不能理由書」 交通事故証明書の照合記録簿の種別が「物件事故」の場合、添付してください。
	*示談が成立している場合は、「示談書の写し」を添付してください。

受 付 日 付 印

(その2)

自加 賠責 保 険 加 入 状 況 の	保険加入の有無	ある・ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者 氏 名			
	契約保険会社	名 称				
		所 在 地	〒 TEL ()			
示 談 状 況	示談が成立していますか	成立している		令和 年 月 日 成立		
		成立していない・交渉中		令和 年 月 日 現在		
	成立していない場合は、その理由					
	請求権を放棄した場合	令和 年 月 日	理由			
損 害 賠 償 の 請 求 お よ び 支 払 状 況	保険会社からの賠償金を受領しましたか		し た (請求者名) ・ しない ・ 請求中			
	加害者に対して損害賠償請求をしましたか		年 月 日 { 治療費 円 休業補償 していない・した 口頭・文書 { その他			
	第三者(加害者)から損害賠償を受けたとき	損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償			
		賠償金の内訳	治 療 費 (入院費を含む)	円		
			休業補償費	自 令和 年 月 日 1日につき	円	
				至 令和 年 月 日 計	円	
			慰謝料	円		
			見舞金	円		
			その他	円		
		合 計	円			
受領方法	全 額	令和 年 月 日 受領				
	分 割 ()回 払	第1回	円 年 月 日 受 領			
		第2回	円 年 月 日 受 領			
		第3回	円 年 月 日 受 領			

(その3)

治療状況 (治療順)	1	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
	2	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
	3	名称	入院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
		所在地	通院	年 月 日から 年 月 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
治癒見込み (治療終了)		年 月頃 (年 月 日 終了)		(注) 治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療終了しているときは、最終受診日をご記入してください。	
後 遺 症		ある ・ ある見込 ・ な い ・ ない見込			
休業補償	休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) 1 加害者が負担(保険会社) 2 職場から支給 3 自賠責へ請求 4 健康保険の傷病手当金 5 その他(被害者加入の人身傷害保険へ請求など) へ請求予定				

加害者 (相手方)の任意 保険加入状況	任意保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者氏名		
	契約保険会社	名 称			
		所 在 地			
担当者名			TEL () 任意一括について ※注 有 ・ 無		
被害者の任意 保険加入状況	任意保険加入の有無	ある ・ ない	保険契約期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	
	保険加入証明 記号番号	第 号	契約者氏名		
	契約保険会社	名 称			
		所 在 地	TEL ()		
		担当者名			

※注 任意一括とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社が対応している場合です。

(その4)

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

被保険者の住所

氏 名

(その5)

事故証明書 番 号		第 _____ 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 _____ 電話(_____)	
自動車の番号				乙 (被害者)	氏名 _____ 電話(_____)	
					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 ・ 歩道(両・片) { ある ・ 直線 ・ カーブ { してない { ない 平坦 ・ 坂 ・ 見通し { 良い ・ 積雪路 ・ 凍結路 { 悪い				
信号又は標識		信号 { ある 自車側信号(青 ・ 赤 ・) 駐停車禁止 { されている その他の標識 { ない 相手側信号(青 ・ 赤 ・) { されていない				
速度		甲車両 km/h(制限速度 km/h) ・ 乙車両 km/h(制限速度 km/h)				
事故発生状況略図(道路幅を m で記入してください。) 事故現場における自動車と被患者との状況を图示してください。 自車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人 自転車バイク						
書上 い記 て図 くの だ説 明を						

令和 年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係() 氏名 (印)

人身事故証明書入手不能理由書

(その6)

- 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。 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	☐ 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、発行日時、発行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、関係者の署名もしくは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を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 記入日 年 月 日
☐ 目撃者	
☐ その他()	
該当する項目に○印をしてください。	氏 名
	電 話 ()

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(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□の全てに✓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
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
その他・特記事項 ()		

○交通事故概要記入欄

(その7)

(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		年 月 日 午前 時 分頃 天候 () 午後			
発生場所					
当 事 者	甲	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	
	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	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	
	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。

同意書兼 念書

私が加害者()に対して有する損害賠償請求権は、健康保険法第 57 条により、東日本プラスチック健康保険組合(以下、「保険者」という。)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、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者または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請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任することに同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付または損害賠償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、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ことを誓約します。

- 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、領収日、内容、金額をもれなく、速やかに届け出ること。
- 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

被害者(受診者、未成年の場合は親権者等)

住 所

氏 名

(印)

東日本プラスチック健康保険組合 理事長 殿