

「第三者行為による傷病届」について

1. 第三者行為による傷病届

被保険者又は被扶養者が第三者の行為で負傷し健康保険で治療を受けるときは、速やかに第三者行為による傷病届を当健康保険組合に提出してください。

【提出書類】

第三者行為の種別	届 出 書 類
交通事故のとき	その 1、その 2、その 3、その 4、その 5、その 6（注 1）、その 7（注 1）、その 8、交通事故証明書（注 2）、示談書の写し（注 3）
交通事故以外のとき	その 11、その 12、その 13、その 14、その 15、 示談書の写し（注 3）

（注 1） その 6、その 7 は、「交通事故証明書」の照合記録簿の種別が「人身事故」の場合は、原則必要ありません。

（注 2） 交通事故証明書は、事故のあった各都道府県の「自動車安全運転センター」の事務所で発行されます。最寄りの警察署・派出所でも「交通事故証明書交付申請書」が備えていますのでお問合せください。また、自動車任意損害保険に加入している場合は、（見本）にあるように損害保険会社が入手した証明書の写（証明印あり）でも差し支えありません。

（注 3） 示談が成立している場合に提出してください。

2. 業務上または通勤途上の事故

業務上や通勤途上での事故に該当する場合は、労災保険の適用になります。健康保険で治療を受けることはできません。健康保険証を使用したときは、当健康保険組合が支払った医療費を返還していただく場合があります。速やかに事業所担当者及び労働基準監督署にご相談してください。なお、被扶養者の方がパート・アルバイト中に、または通勤途上に事故にあった場合も同様に労災保険の適用になりますのでご注意ください。

3. 損害賠償請求権の取得

健康保険法第 57 条では、健康保険の給付が第三者行為によって生じた場合の保険者の損害賠償請求権の取得について定めています。この規定により当健康保険組合は加害者（損害保険会社）に対し損害賠償請求します。そのための必要書類が「第三者行為による傷病届」です。

非常に重要な規定なので、以下のとおり掲載します。

(損害賠償請求権) 健康保険法第 57 条

保険者は、保険事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。次条第 1 項において同じ。）の限度において、保険給付を受ける権利を有する者（当該給付事由が被保険者の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

- 2 前項の場合において、保険給付を受ける権利を有する者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者は、その価額の限度において、保険給付を行う責めを免れる。

4. その他

交通事故のことで相談したいときは、つぎの相談所等があります。原則、相談料は無料となっております。

(平成 31 年 3 月現在)

団体名称	所在地	連絡先
日弁連交通事故相談センター (本部事務局)	東京都千代田区霞が関 1-1-3 弁護士会館 14 階	03 (3581) 4724
地方公共団体交通事故相談所 (東京都の場合)	東京都新宿区西新宿 2-8-1 都庁第一庁舎 3 階南側(本所)	03 (5320) 7733
(社)日本損害保険協会自動車保険請求相談センター	千代田区神田淡路町 2-105 ワテラスアネック 7 階	03 (4332) 5241
交通事故紛争処理センター (東京本部)	新宿区西新宿 2-3-1 新宿モノリスビル 25 階	03 (3346) 1756

(注) 上記の相談所は全国にありますのでご確認ください。

(問い合わせ)

ご不明な点などがございましたら、業務管理課 (03-3862-1050) までご連絡ください。

東日本プラスチック健康保険組合

記入例

第三者行為による傷病届 (交通事故)

本人・家族

* 被害者が複数いる場合は、それぞれ届出してください。
⇒ 2名ならば、2セット(その1～その8)になります。

(その1)

被害者・ 加害者 (相手方) 関係	被保険者証	(記号) 999	氏 名	柳 橋 太 郎		
	記号・番号	(番号) 0123	現住所	〒 359-0000 埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7 連絡先 TEL 090 (0000) 0000		
	被保険者が勤務 している事業所	名 称	株式会社〇〇プラスチック			
		所在地	〒 111-0000 東京都台東区〇〇〇1 - 2 - 3 TEL 03 (0000) 0000			
	被扶養者がうけた 事故であるとき	被扶養者 氏 名	柳 橋 花 子		被保険者 との続柄	妻
	加 害 者 (相 手 方)	氏 名	浅草橋 一男		生年月日	明・大・昭平・令 00 年 00 月 00 日
		現住所	〒 124-0000 東京都葛飾区〇〇〇4 - 5 - 6 TEL 03 (0000) 0000			
	加害者(相手方) の 勤 務 先	名 称	〇〇産業株式会社		事業内容 又は職業	不明
		所在地	〒 277-0000 千葉県柏市〇〇〇3 - 4 - 5 TEL 0471 (0000) 0000			
	加害者の住所氏名 がわからないとき	その理由 (事故後走り去った など)				
事 故 内 容	傷 病 名	頸椎捻挫		発 生 年月日	2 年 12 月 1 日 午前・午後 8 時 30 分頃	
	発 生 の 場 所	東京都足立区〇〇5 - 6 付近				
	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 (綾瀬 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			

不明のとき空白

損保会社にある「交通事故証明書
の写し」でもよい
ただし、「原本の写しに相違ない」と
証明しているもの

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。

日 付 印

記入例

交通事故証明書を参考にわかる範囲で記入してください。

(その2)

自加 賠責 保 險 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 2 年 00 月 00 日 至 令和 3 年 00 月 00 日		
	保険加入証明 記号番号	第 1234567 号	契約者氏名	浅草橋 一男		
	契約保険会社	名称	〇〇〇〇損害保険株式会社			
		所在地	〒 101-0000 東京都千代田区〇〇〇1-2-3 TEL 03 (0000) 0000			
示 談 状 況	示談が成立していますか	成立している 成立していない・交渉中	令和 年 月 日 成立 令和 3 年 00 月 00 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			
	これからのは空白					
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 柳橋 花子) ・ 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	していない・した	年 月 日 口頭・文書	治療費 円 休業補償 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)	200,000 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	200,000 円				
	受領方法	全 額	令和 3 年 00 月 00 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			

記入例

(その3)

治療状況 (治療順)	1	名称	〇〇〇〇病院	入院	2 年 00 月 00 日から 2 年 00 月 00 日まで	自費 ・ 加害者負担 自賠責 ・ 健康保険
		所在地	東京都足立区	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	〇〇〇〇整形外科	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	埼玉県所市 〇〇2-3-4	通院	3 年 00 月 00 日から 3 年 00 月 00 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
治療見込み (治療終了)		3 年 00 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				

不明の箇所は空白、「ある」の場合は損保名等を必ず記入してください。

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 23456789 号	契約者 氏 名	浅草橋 一男	
	契 約 保 険 会 社	名 称	◇○△損害保険株式会社		
		所 在 地	東京都中野区〇〇〇 3 - 4 TEL ()		
担当者名		〇□ 夏子	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 2 年 00 月 00 日 至 令和 3 年 00 月 00 日	
	保険加入証明 記号番号	第 XXXXXXXX 号	契約者 氏 名	柳橋 太郎	
	契 約 保 険 会 社	名 称	△△△損害保険株式会社		
		所 在 地	東京都千代田区〇〇〇4 - 5 - 6 TEL 03 (0000) 0000		
担当者名		○△ 秋夫			

※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。

*業務上・通勤途上の場合は労災の確認をしてください。申請が必要な場合があります。

記入例

負傷原因報告書

(その4)

被保険者証の 記号・番号	999 0123	被保険者氏名	柳 橋 太 郎		
事業所名	株式会社〇〇 プラスチック		所在地	東京都台東区〇〇〇1-2-3	
被扶養者が 負傷したとき	被扶養者 氏 名	柳 橋 花 子		被保険者との続柄	妻
負傷の日時	令和 2 年 12 月 1 日(火 曜日)			午前 午後	8 時 30 分(頃)
負傷の場所 (どこで)	東京都足立区〇〇5-6 付近				
負傷したのは (該当する番号 を全て〇で囲ん でください)	1. 勤務日 2. パート・アルバイト中 3. 勤務日の休憩中 4. 事業所内 5. 出勤の途中 6. 退社して帰宅途中 7. 会社主催の行事等において 8. 公休日 9. 会社の休日 10. 私用で休み 11. 勤務日の帰宅した後 12. その他 (友人宅を訪問し、その帰宅途中				
被扶養者がパート・ アルバイト中に負傷した場合	勤務先名称 (電話 - -) 勤務先住所 * 家族の方がパート・アルバイト中に負傷した場合は、 勤務先を必ず記入してください。				
負傷の原因 (何をしているとき どのようにして負 傷しましたか。わ かりやすく記入し てください。)	自家用車を運転して、友人宅から帰る途中、信号機のない交差点 を徐行しながら直進していたら、左側からワンボックスカーが来て 出合い頭にぶつかった。 * 家族の方がパート・アルバイトの日に負傷した場合 も、記入してください。				
※ 勤務していた日の負傷の場合は、その日の勤務状況等を必ずご記入ください。					
負傷日の 勤務時間	午前 時 分 から 午後 時 分 まで				
あなたの 仕事内容			工場または、支店名		
			勤務先の電話番号		
通常の通勤経路 及びその方法	(自宅) (勤務先)			所要時間 (時間 分)	
上記のとおり相違ありません。 令和 3 年 00 月 00 日 被保険者の住 所 埼玉県所沢市〇〇〇5-6-7 氏 名 柳 橋 太 郎					

記入例

事故発生状況報告書

(その5)

③②①
が
あ
り
ま
す
。
こ
の
報
告
書
は
、
自
賠
責
損
害
調
査
事
務
所
に
送
付
さ
れ
ま
す
。
ま
た
、
保
険
金
（
損
害
賠
償
額
）
支
払
手
続
き
上
必
要
と
認
め
ら
れ
る
場
合
に
は
、
事
故
の
相
手
方
に
送
付
す
る
こ
と
が
あ
り
ま
す
。
②
お
お
よ
そ
の
数
値
を
記
載
、
ま
た
は
該
当
す
る
も
の
を
○
印
で
囲
ん
で
く
だ
さ
い
。
①
甲
欄
に
は
相
手
（
第
三
者
）
の
運
転
者
氏
名
を
、
乙
欄
に
は
負
傷
等
さ
れ
た
方
（
受
診
者
）
の
氏
名
を
お
書
き
く
だ
さ
い
。

事故証明書 番 号	第 345678 号	当事者	甲 (相手・第三者)	氏名 浅草橋 一 男 電話(090-0000-0000)
自動車の番号	足立 000 あ 00-00	乙 (被害者)	氏名 柳 橋 花 子 電話(090-0000-0000)	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 してない } ・ 歩道(両・片) { ある ない } ・ 直線 ・ カーブ 平坦 ・ 坂 ・ 見通し { 良い 悪い } ・ 積雪路 ・ 凍結路			
信号又は標識	信号 { ある ない } 自車側信号(青 ・ 赤 ・) 駐停車禁止 { されている されていない } 相対側信号(青 ・ 赤 ・) その他の標識			
速度	甲車両 km/h(制限速度 km/h) ・ 乙車両 30 km/h(制限速度 km/h)			
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	* 不明の場合は、空白でかまいません。 事故発生状況略図(道路幅を m で記入してください。) * できるだけ詳細に記入してください。 自車 相手車 進行方向 信号 一時停止 人 自転車 バイク			
上記図の説明を 書いてください	自家用車を運転して、友人宅から帰る途中、信号機のない交差点 を徐行しながら直進していたら、左側からワンボックスカーが来て 出会い頭にぶつかった。			

別紙交通事故証明に補足として上記のとおりご報告申しあげます。

令和 3 年 00 月 00 日

報告者 甲との関係()

乙との関係(本人)

氏名

柳 橋 花 子

(柳橋)

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。)

物件事故の場合、
必要です

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

綾瀬

警察

担当官

(判明している場合)

届出年月日

2

年

00

月

00

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



目撃者



その他()

該当する項目に
○印をしてください。

住 所

埼玉県所沢市○○○5-6-7

記入日

3

年

00

月

00

日

氏 名

柳 橋 花 子

電 話

090

(0000)

0000

(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 ()		

【 事案情報

被害者

事故日:

年

月

日

】

記入例

(人身事故証明書入手不能理由書 裏面 2/2)

○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	2 年 12 月 1 日 午前 8 時 30 分頃 天候 曇り 午後				
発生場所	東京都足立区〇〇5 - 6 付近				
当 事 者	甲	住 所	東京都葛飾区〇〇〇4 - 5 - 6 電話 03 (0000) 0000		
		氏 名	浅草橋 一男	生年月日	明・大・昭 00 年 00 月 00 日 (00) 才 平・令
		自賠償保険 契約先	〇〇〇〇損害保険	自賠償保険 証明書番号	第 1234567 号
		登録番号	足立 000 あ 00-00	事故時 の状況	運転 ・ 同乗(甲 ・ 乙) ・ 歩行 ・ その他
	乙	住 所	埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7 電話 03 (0000) 0000		
		氏 名	柳橋 花子	生年月日	明・大・昭 00 年 00 月 00 日 (00) 才 平・令
		自賠償保険 契約先	〇〇〇〇損害保険	自賠償保険 証明書番号	第 123456789 号
		登録番号	所沢 000 え 00-00	事故時 の状況	運転 ・ 同乗(甲 ・ 乙) ・ 歩行 ・ その他
	丙	住 所	埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7 電話 03 (0000) 0000		
		氏 名	柳橋 梅子	生年月日	明・大・昭 00 年 00 月 00 日 (00) 才 平・令
		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 年 月 日 () 才 平・令
		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 年 月 日 () 才 平・令
		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(**浅草橋 一男**)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 **3** 年 **00** 月 **00** 日

被害者(受診者、未成年の場合は親権者等)

住 所

埼玉県所沢市〇〇〇5 - 6 - 7

氏 名

柳 橋 花 子



東日本プラスチック健康保険組合 理事長 殿

東京都千代田区〇〇〇4-5-6

原本と照合確認済

△△△損害保険株式会社
東京損害〇〇部〇〇〇課 ㊟

見本

△△△損害保険株式会社 殿

交付申請者の名称です。(被害者の
代理人損保会社)本人申請の場合
は、本人の名前になります。損保が原本証明し
た記載例

交通事故証明書

事故照会番号	綾瀬 署 第〇〇〇〇〇 号		甲・乙・との続柄 本人・ <u>代理人</u>								
発生日時	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前 8 時 30 分ごろ										
発生場所	東京都足立区〇〇5-6 付近										
甲	住所	東京都葛飾区〇〇〇4-5-6 (Tel)		備考 甲・乙以外の当事者 無							
	フリガナ 氏名	浅草橋 一男	生年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 歳)								
	車種	自家用	車両 番号 〇〇 〇〇〇 〇 〇〇〇〇								
	自賠責 保険関係	有り 〇〇損害保険	証明書 番号 〇〇〇〇〇〇〇〇								
	事故時の 状態	〇 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他									
乙	住所	埼玉県所沢市〇〇〇5-6-7 (Tel)									
	フリガナ 氏名	柳 橋 花子	生年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (〇〇 歳)								
	車種	自家用	車両 番号 〇〇 〇〇〇 〇 〇〇〇〇								
	自賠責 保険関係	有り 〇〇損害保険	証明書 番号 〇〇〇〇〇〇〇〇								
	事故時の 状態	〇 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他									
事故類型	人対車両	車両相互					車両単独				・ 不調査中
		正面衝突	側面衝突	出合い頭衝突	接触	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 自動車安全運転センター						証明書交付申請先は、 事故があった各都道府県の自動車 安全運転センター					
事故証明書が、「物件事故」のときは、 「人身事故証明書入手不能理由書」 を添付してください						東京都 事務所長 ㊟					
証明番号	〇〇〇〇〇		照会記録簿の種別		人身事故						