

# 第三者行為による傷病届

記入方法

項目		内容			
届出者 (被保険者名等)	被保険者番号 枝番 / 保険者名	被保険者番号 枝番	保険者名 大阪府合衆国民健康保険組合		
	届出者情報 ※本人または未成年の場合は世帯主	ふりがな 氏名	被害者(被保険者)の被保険者番号 枝番 年月日		
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	〒	TEL ( )		
被害者 (受診者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との関係 生年月日		
	住所 / 電話	〒	TEL ( )		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな 氏名	第三者(相手方)が2人以上の場合は併記 または別紙にご記入ください。 TEL ( )		
	住所 / 電話	〒			
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)			
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな 交通事故証明書の情報		
	登録番号 / 車台番号	登録番号 (車両番号<ナンバープレート>)			
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠償証明書番号 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	第三者(相手方)が加入する損保会社が治療費等の 対応を行っている場合はご記入ください。		
	保険契約者名	ふりがな 氏名			
	住所	〒			
	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"/>	被害者(被保険者)が加入する損保会社が治療費等の 対応を行っている場合はご記入ください。			
治療状態	① 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、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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

記入方法

事故証明書番号	第	号	当 事 者	甲 (加害者)	氏名	
自動車の登録番号	車両番号 (ナンバープレート)			乙 (被害者)	氏名	運転・同乗・歩行・その他
天 候	晴・曇・雨			・夜間・明け方・夕方		
道路状況	舗装： (し 中央車線：			(良い・悪い) 凍結路)		
信号又は標識	信号： (ある 駐停車禁止：			・赤・黄 )		
速 度	甲車両：            km/h (制限速度            km/h) ・ 乙車両：            km/h (制限速度            km/h)					

わかる範囲でご記入ください。

(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。)

自 車(乙)

相手車(甲)

進行方向

信 号 000

一時停止

人

図と説明の両方をご記入ください (道路幅等はわかる範囲で結構です。)  
※インターネットから印刷した地図等へ書き込んだものを添付していただいても結構です。

事故発生状況 (経緯)

乙運転車両が国道246号を〇〇市方面へ走行中、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部に衝突。

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 type="checkbox"/> その他 ( )		
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 (パート・アルバイト含む) <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input 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。

※署名又は記名・押印

年 月 日 届出者(被保険者) :

印

(注)本書面に代筆  
ただし、その場合  
押印をして貰って

本人自署の場合は印鑑は必要ありません。  
(代筆、印刷、ゴム印等の場合は押印が必要です。)

代わりとすることも可能です。  
上、届出者に署名または記名

## 同意書

私が加害者 \_\_\_\_\_ に対して有する損害  
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。

※同意書は被害者（被保険者）  
の方が記入する書類です。  
（被害者（被保険者）が未成年の  
場合は親権者が記入ください。）

- 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つた際、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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

本人自署の場合は印鑑は必要ありません。  
（代筆、印刷、ゴム印等の場合は押印が必要です。）

（印）

※署名又は記名押印

（注1） 保険における根拠法令は次のとおりです。

国民健康保険法第64条1項

（注2） 国民健康保険法第64条3項

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。



人身事故証明書入手不能理由書

大阪府食品国民健康保険組合 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>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車上、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><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。）</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他（<span style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">第三者（相手側）の署名・押印が取り付けできない場合は、その理由を記入してください。</span>）</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	警察 担当管	届出年月日	年 月 日
(判明している場合)			

次頁へ 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、次頁の事故当事者、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。		
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他（</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p style="border: 1px solid blue; padding: 5px;">第三者（相手側）の署名・押印を取り付けてください。 ※相手側の署名・押印が取り付けできない場合は、当事者の署名・押印のうえ、理由「その他」への説明記入をお願いします。</p>	<p>日</p> <p>Ⓜ</p>
電話		

印鑑の省略はできません

(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（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
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： \_\_\_\_\_ 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	午前 午後	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					
		自賠償保険契約先	甲には第三者 (加害者) の情報を書いてください。						号
		登録番号	事故時の状態	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					
		自賠償保険契約先	乙には被害者 (被保険者) の情報を書いてください。						号
		登録番号	事故時の状態	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	事故時の状態	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	事故時の状態	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	事故時の状態	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。