

(宛先)岡崎市長

第三者行為による傷病届			
項目		内容	
(世帯主) 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 XXXX - XXXX	保険者名 岡崎市
	保険者の住所(届出先)	〒 444-8601 岡崎市十王町二丁目9番地	世帯主氏名
	世帯主氏名 国民健康保険の場合は世帯主	ふりがな ほけん たろう 世帯主氏名 保険 太郎	
(被害者) 被診者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな ほけん はなこ 氏名 保険 花子	男性 / <input checked="" type="radio"/> 女性 XX 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子	平成 XX 年 XX 月 XX 日
	住所 / 電話	〒 XXX - XXXX 岡崎市XXX町XX丁目XX番地	TEL XXXX (XX) XXXX
	備考		
(加害者) 第三者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな かがい じろう 氏名 加害 次郎	<input checked="" type="radio"/> 男性 / 女性 ○○ 歳
	住所 / 電話	〒 ○○○ - ○○○○ ○○市○○○町○○番地	TEL ○○○○ (○○) ○○○○
事故発生	事故発生日時	令和 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所	市 町 番地先路線上	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	相手方(加害者)の自賠責保険の情報を自賠責保険証等を参照して記入してください。 (自賠責情報は必須のため省略不可)
	登録番号		
	車台番号		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
任意保険 (加害者)	保険会社名		
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	相手方(加害者)が任意保険にも加入していた場合は、その情報を記入してください。	
住所	〒		
保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 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 保険会社担当者名	TEL ()
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 市民病院	治療開始日 令和 年 月 日 TEL ()
	所在地	〒 - 市 町 番地	入院の有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日
	所在地	〒	健康保険証を利用して治療を受けている場合は、その状況を記入してください。 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 (加害次郎) 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を行う際、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 年 月 日

被害者のかたが住所氏名を署名してください。
被害者が未成年者または成年被後見人などの場合は、親権者等の代理人の方が、代理人の氏名にて署名してください。

届出者(被保険者)

住所 岡崎市XXX町XX丁目XX番地

氏名 保険 花子

被保険者が未成年者または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人が署名してください。
その際、法定代理人の方の続柄もご記入ください。

(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

事故証明書番 号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 加害 次郎		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名 保険 花子	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 (ある・ない) ・ 道路の見通し (良い・悪い) 中央車線 (ある・ない) ・ 道路の状態 (直線・カーブ) 平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号 (ある・ない) ・ 自転車側信号 (青・赤・黄) ・ 相手方信号 (青・赤・黄) 駐停車禁止 (されている・されていない) ・ その他標識 (一時停止)					
速 度	甲車両 40 Km/h (制限速度 40 Km/h) ・ 乙車両 30 Km/h (制限速度 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。)					
事故発生の状況 (経緯)	信号のない交差点を直進しようとしたとき、左方から相手車が来て衝突した。 相手側に一時停止標識あり。					
被害者の負傷状況	日	出勤日 休日 (定休日・休暇含む) その他 ()				
	時間帯	勤務時間中 (パート・アルバイト含む) 通勤途中 出張中 私用 その他 ()				
	場所	会社内 道路上 自宅 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)		加入有	加入無	
上記内容に間違いありません。 令和 年 月 日 届出者(被保険者): 保険 花子						

(注)本部分には
被害者のかたが署名してください。
被害者が未成年者または成年被後見人などの場合は、親権者等の代理人のかたが、代理人の氏名にて署名してください。

本書面の代わりにすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白に署名してください。 社長、役員等の経営者が加入する労災保険

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時	令和 年 月 日			
発生場所	市 町 番地先路線上			
加害者 (甲)	住所			
	氏名	事故の相手の情報を記載してください。 自動車保険等の情報も漏らさず記載してください。		
	車種			
	自賠償保険契約先			
	事故時の状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名	事故被害者(自身)の情報を記載してください。 自動車等に乗っていた場合は、自動車保険等の情報も漏らさず記載してください。		
	車種			
	自賠償保険契約先			
	事故時の状態			
甲・乙以外の 当事者	住所			
	氏名	車両番号		
	自賠償保険契約先	自賠償証明書番号		
交通事故証明書(人身事故)を入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書(人身事故)は取得できませんが事故の事実に相違ありません。	
	令和 年 月 日
(甲) 住所	印
氏名	電話() -
加害者(甲)または目撃者のかたが確認して、 署名・捺印し証明してください。	
上記事故を目撃しました。	
	令和 年 月 日
目撃者 住所	印
氏名	電話() -

申請時に添付するもの

【「交通事故証明書(原本)」または「原本証明された交通事故証明書の写し()」】

警察から直接発行してもらうか、保険会社が原本を持っているかと思しますので、
原本証明された写しを取り寄せし、**必ず添付してください。**

()原本証明できるのは、保険会社またはJA共済に限ります。市区町村、弁護士、社労士、
その他共済による原本証明は認められませんのであらかじめご承知おきください。

【人身事故証明書入手不能理由書】

交通事故証明書が「人身事故」扱いでない場合に作成・提出が必要です。

事故当初は物件事故として処理されており、後に人身事故に変更された場合は、
交通事故証明書が「物件事故」扱いで発行されることがあります。

この場合も証明書が「人身事故」扱いではありませんので作成が必要です。ご注意ください。

人身事故証明書入手不能理由書は必要に応じて同封しております。作成が必要にもかかわらず
万一同封されていなかった場合は、お手数ですが下記連絡先までご連絡ください。

車に同乗して事故にあった場合

「運転手 = 加害者」、「同乗者 = 被害者」となり第三者行為が成立します。(親族間でも例外なく成立)

相手のいる交通事故の場合

過失の大小に関係なく「自車」と「相手」双方の運転手が加害者となり第三者行為が成立します。

この場合、それぞれの運転手を第三者 (= 加害者) とする届出を1セットずつ作成する必要があります。

自損事故の場合

自車運転手を第三者 (= 加害者) とする届出を作成する必要があります。

その他、疑問点や不明な点がございましたら国保年金課 給付係までご連絡くださいませ。

(問合せ先)

TEL: 0564 - 23 - 6169

FAX: 0564 - 27 - 1160