

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号	保険者名	
	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	ふりがな 氏名 〒	被保険者(届出者)についてご記入下さい。 生年月日 年 月 日 TEL ()	
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	氏名 〒	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()	
(受 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	被害者についてご記入下さい。 生年月日 年 月 日 TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏名 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒	加害者についてご記入下さい。 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	事故の発生状況についてご記入下さい。		
	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)		
(加 害 者) 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	〒		
	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	大 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 ()		
	被害者の治療状況についてご記入下さい。			
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。

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	○○ ○○
自動車の 登録番号	○○○○○	乙 (被害者)	氏名	○○ ○○	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) していない) ・ 歩道：(ある) (ない) ・ 道路の見通し：(良い) (悪い) 中央車線：(ある) (ない) ・ 道路の状況：(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) ・ 自車側信号：(青)・赤・黄) ・ 相手側信号：(青)・赤・黄) 駐停車禁止：(されている)・されていない) ・ その他標識：()				
速度	甲車両：○○ km/h (制限速度 ○○ km/h) ・ 乙車両：○○ km/h (制限速度 ○○ km/h)				

事故現場 状況 図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)	
		<p>自車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自転車バイク </p>

事故発生の状況 (経緯)	十字路双方青信号の交差点にて、自動車で直進中、対向車線の右折車が接触してきた。	
-----------------	---	--

被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () <small>(パート・アルバイト含む)</small>
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" 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。

被保険者(届出者)についてご記入下さい。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

人身事故証明書入手不能理由書

別添4

※人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった場合にご提出下さい。

- 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。	<ul style="list-style-type: none"> <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 <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 <input type="radio"/> 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 <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。) [理由] <input type="radio"/> 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。			
<input type="radio"/> 当事者	住所：〒 _____	記入日	年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____		
<input type="radio"/> その他 ()	氏名： _____		
※ 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、または目撃者の方をご記入ください。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、または目撃者の方をご記入ください。

- (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。

責任者	担当者

- 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。

◆ 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		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		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		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		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		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		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。