

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
(被保険者等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号		
	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	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒	
		住所 / 電話	生年月日 年 月 日 TEL ()	
		住所 / 電話	生年月日 年 月 日 TEL ()	
(被害者) 被害者	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 年 月 日 TEL ()	
	住所 / 電話	住所 / 電話	TEL ()	
(加害者) 加害者	氏 名	ふりがな 氏 名 〒	TEL ()	
	住所 / 電話	住所 / 電話	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			
	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)		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 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 ☐ 無 ☐	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	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 ()
		④ 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 ()
		⑤ 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 ☐	

(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。

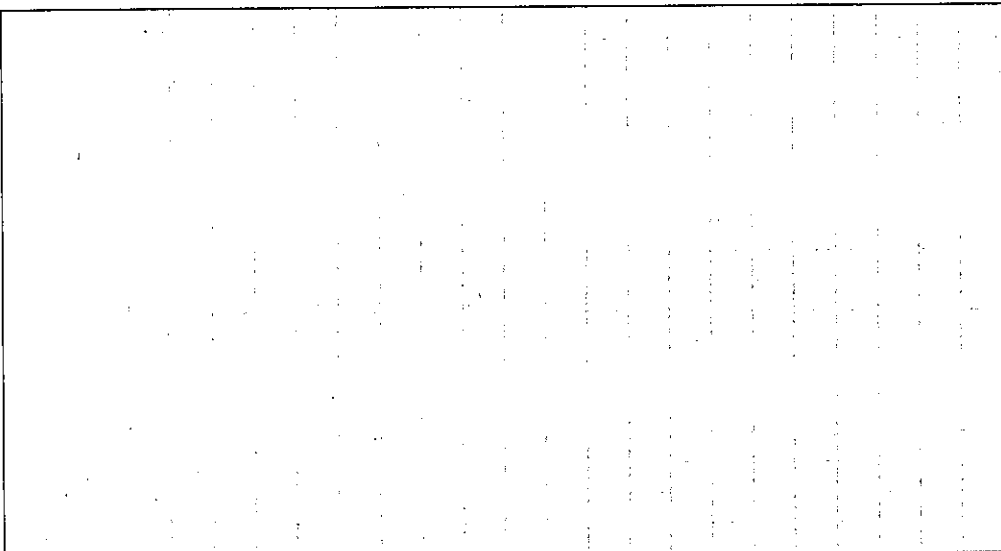
調査てん末書(交通事故)

保険者名

大野町

事故発生年月日		年 月 日		午前・午後		時 分頃	
事故発生場所							
被害者 (被保険者)		住所					
		氏名	男・女 歳				
		職業	TEL				
保有者		住所					
		氏名	TEL				
運転者 (加害者)		住所					
		氏名	男・女 歳				
		保有者との関係	TEL				
自賠責保険関係	有・無	保険会社名	保 險 会 社 支店				
		農協組合名	農業協同組合				
		証明書番号	第 号				
	保険契約者	住所					
		氏名	TEL				
	加害自動車	種別		県 別			
		登録番号又は車両番号		車 台 番 号			
	保険期間	自 年 月 日～至 年 月 日 午前・午後 時 ヶ月間					
	未請求		請求済 仮渡		円	本請求済 年 月 日頃	
	月頃請求する予定		内払 回		円	円	
任意保険対人	有・無	保険会社名	保 險 会 社 支店				
		農協組合名	農業協同組合				
	保険契約者	証券番号	第 号				
		住所					
	保険期間	氏名	TEL				
		自 年 月 日～至 年 月 日 午前・午後 時 ヶ月間					
保険医療機関名				診療開始日			
示談内容		成立 年 月 日、未成立、交渉中(年 月 現在)					
摘要欄		高額療養費の支給 有・無					

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 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) ・ 自転車側信号：(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。)						
							自 車(乙)  相手車(甲)  進行方向  信 号  一時停止  人  自転車 
事故発生の状況(経緯)							
被害者の 負傷状況	日	☐ 出勤日 ☐ 休日(定休日・休暇を含む) ☐ その他()					
	時 間 帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他() (パート・アルバイト含む)					
	場 所	☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他()					
	労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) ☐ 加入有 ☐ 加入無					

上記内容に間違いありません。

※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。

大野町 御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

同意書

私が加害者 _____ 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、次の事項に同意します。

- 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。
- 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

氏名

（印）

※署名又は記名押印

（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条第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条第1項、介護保険：介護保険法第21条第1項

（注2）国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条第3項及び第4項、
高齢者の医療の確保に関する法律第58条第3項、介護保険法第21条第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都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。

誓 約 書 (加害者側)

貴市町村（組合、広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の被保険者_____が受けた（保険・医療・介護）給付は、私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 （保険・医療・介護）給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため交通事故が負傷原因の場合_____保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

保証人 住 所

氏 名

印

大野町長様

(注) 印鑑証明を添付して下さい。