

保険証の記号(3桁)と番号(5桁)

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 <b>012-34567</b>	保険者名 宇都宮市
	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 <b>うつのみや たろう</b> 氏名 <b>宇都宮 太郎</b> 〒 <b>320-8540</b> 住所 / 電話 <b>宇都宮市旭〇丁目〇番〇号</b>	生年月日 <b>昭和50年 1月 1日</b> TEL <b>090(1234)5678</b>
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな <b>うつのみや はなこ</b> 氏名 <b>宇都宮 花子</b> 〒 <b>320-8540</b> 住所 / 電話 <b>宇都宮市旭〇丁目〇番〇号</b>	届出者との関係 <b>妻</b> 生年月日 <b>昭和50年 12月 31日</b> TEL <b>090(8765)4321</b>
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな <b>あいて たろう</b> 氏名 <b>相手 太郎</b> 〒 <b>320-8540</b> 住所 / 電話 <b>宇都宮市旭△丁目△番△号</b>	生年月日 <b>昭和50年 12月 31日</b> TEL <b>080(1111)2222</b>
(加害者) 加害者	氏名 住所 / 電話	ふりがな <b>あいて たろう</b> 氏名 <b>相手 太郎</b> 〒 <b>320-8540</b> 住所 / 電話 <b>宇都宮市旭△丁目△番△号</b>	TEL <b>080(1111)2222</b>
事故発生状況	事故発生日時	<b>令和5年 4月 1日</b> <b>午前</b> 午後 <b>10時 15分</b> 頃	
	事故発生場所	<b>宇都宮市〇〇町〇〇番地</b>	
	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(加害者)保険	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 <b>〇〇保険株式会社</b>	ふりがな <b>あいて たろう</b> 氏名 <b>相手 太郎</b>
	登録番号 / 車台番号	登録番号 <b>宇都宮1234567</b>	<b>3456789</b>
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 <b>令和5年 1月 1日 ~ 令和5年 12月 31日</b>	自賠責証明書番号 第 <b>1234ABC567</b> 号
任意保険(加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 <b>〇〇保険株式会社</b>	担当部署 <b>△△部××課</b>
	取扱店所在地 / 電話	〒 <b>123-4567</b> <b>〇〇県〇〇市〇番〇号</b>	<b>0123(456)7890</b>
	担当者名 / E-mail	ふりがな <b>ほけん じろう</b> 氏名 <b>保険 次郎</b>	E-mail
	保険契約者名	ふりがな <b>あいて たろう</b> 氏名 <b>相手 太郎</b>	
	住所	〒 <b>320-8540</b> <b>宇都宮市旭△丁目△番△号</b>	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 <b>令和5年 1月 1日 ~ 令和5年 12月 31日</b>	契約番号 第 <b>987654</b> 号
	任意対人一括の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 <b>◇◇損害保険株式会社</b>	担当部署 <b>△△部××課</b>
		担当者氏名 <b>損害 一郎</b>	TEL <b>987(654)3210</b>
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 <b>〇〇総合病院</b>	治療開始日 <b>令和5年 4月 1日</b>
	住所 / 電話番号	〒 <b>321-1234</b> <b>栃木県〇〇市〇番〇号</b>	治療終了日 <b>令和5年 4月 20日</b>
	※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。	② 診療機関名 <b>△△整形外科</b>	入院 <input checked="" type="checkbox"/> 有 無 <input type="checkbox"/> 治療終了(見込) <b>令和5年 4月 30日</b>
		〒 <b>321-9876</b> <b>県△△市△番△号</b>	TEL <b>028(123)4567</b>
	今回の事故による傷病の治療で、保険証を使用して受診した医療機関を記入してください。	この傷病届を作成する際に、損保会社などの支援を受けた場合はチェックしてください。	
傷病届作成日 / 作成支援の有無	<b>令和5年 4月 3日</b>	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 checked="" type="checkbox"/>	

分からない箇所は空欄でも構いません。

加害者(第三者)が任意保険に加入している場合は記入してください。  
分からない場合は空欄でも構いません。

被害者(受診者)が任意保険に加入している場合は記入してください。

今回の事故による傷病の治療で、保険証を使用して受診した医療機関を記入してください。

この傷病届を作成する際に、損保会社などの支援を受けた場合はチェックしてください。

(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。

事故証明書番号	第 <b>A12345678</b> 号	当事者	甲 (加害者) 氏名 <b>相手 太郎</b>
自動車の登録番号	<b>宇都宮123C4567</b>	乙 (被害者) 氏名 <b>宇都宮 花子</b>	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗・歩行・その他
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 <input type="checkbox"/> 曇 <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装: <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	道路の見通し:	<input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 悪い
	中央車線: <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	道路の状況:	(直線・カーブ・平坦) <input checked="" type="checkbox"/> 坂・積雪路・凍結路
信号又は標識	信号: (ある) <input checked="" type="checkbox"/> ない	自転車側信号:	(青・赤・黄)
	駐停車禁止: (されている) <input checked="" type="checkbox"/> されていない	相手側信号:	(青・赤・黄)
		その他標識:	( <b>甲側に一時停止</b> )
速度	甲車両: <b>5</b> km/h (制限速度 km/h)	乙車両:	<b>40</b> km/h (制限速度 <b>40</b> km/h)

「交通事故証明書」に記載の、加害者(第三者)の「証明書番号」と「車両番号」。

(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。)

事故現場状況図

自 車(乙)

相手車(甲)

進行方向

信 号

一時停止

人

自 転 車

バ イ ク

「事故現場状況図」及び「事故発生の状況(経緯)」は、どちらも必ずご記入ください。(道幅等は分かる範囲で結構です。)

事故発生の状況(経緯)

**自車(乙)が国道〇〇号を〇〇市方面へ走行中、相手車(甲)が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 checked="" type="checkbox"/>	・被害者(受診者)が署名又は記名押印してください。 ・未成年の場合は親権者、ご自身で記入が困難な場合や死亡の場合はご家族等が記入してください。 ・受診者以外が記入する場合は、「受診者氏名、代理人氏名(続柄)、代理理由」を記入してください。
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> <small>(パート・アルバイト含む)</small>	
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/>	
	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>	<input type="checkbox"/> (被害者が代表取締役等の)	

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和5年 4月 3日

届出者(被保険者) : **宇都宮 花子**  
 ※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。

## 同意書

私が加害者 **相手 太郎** 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、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）と示談を行なう場合は、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
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から
- 4 治療が完了した場合には、治療完了

・被害者（受診者）が署名又は記名押印してください。  
・未成年の場合は親権者、ご自身で記入が困難な場合や死亡の場合はご家族等が記入してください。  
・受診者以外が記入する場合は、「受診者氏名、代理人氏名（続柄）、代理理由」を記入してください。

令和5 年 4 月

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 **宇都宮市旭〇丁目〇番〇号**

氏名 **宇都宮 花子**

（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、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3項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法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国民健康保険団体連合会を含みます。

誓 約 書

記入例

貴 宇都宮市 の国民健康保険の被保険者 **宇都宮 花子** が受けた保険給付は、

私の不法行為(交通事故)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します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険(共済)から支払を受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和5年4月3日

原則, 加害者(第三者)

誓約者

住所 **宇都宮市旭△丁目△番△号**

氏名 **相手 太郎**

相手

宇都宮市長 佐藤 栄一 様

事故発生年月日	<b>令和5年4月1日</b>	事故発生場所	<b>宇都宮市〇〇町〇〇番地</b>
加害者との関係 ※		誓約者が請求に応じない場合は、連帯保証人へ請求します。 連帯保証人の住所と氏名を記入してください。	
連帯保証人	<b>宇都宮市××町××番地× 国保 花代</b>		

※ 誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

宇都宮市

御中

記入例

■ 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。

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【理

人身事故扱いにならなかった理由を選び、○を付けてください(複数選択可)。

◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察 <input checked="" type="radio"/> 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和5年 4月 1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 checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒 320-8540	記入日 令和5年 4月 3日
<input type="radio"/> 目撃者	宇都宮市旭丁目○番○号	
<input type="radio"/> その他 ( )	氏名 宇都宮 花子	
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 090 ( 8765 ) 4321	

(注) 当欄は、賠償を求める側(被害者・加害者・目撃者・運転者など)の方、または賠償を受ける側(被害者・加害者・目撃者・保険会社など)の方の署名または記名押印を求る場合に、賠償を受けた側の署名または記名押印を受けてください。

(保険会社使用欄) 該当

- 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		令和5年4月1日	午前 10時15分頃	天候 晴
発生場所		宇都宮市〇〇町〇〇番地		
甲	住所	宇都宮市×丁目×番×号		電話 028 ( 632 ) 1234
	氏名	国保 一郎	生年月日	昭和55年1月1日 ( 42 ) 才
	自賠償保険契約先	〇〇保険株式会社	自賠償保険証明書番号	第 XYZ12345 号
	登録番号	宇都宮987365	事故時の状況	運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	)		
	氏名	) 月 日 ( ) 才		
	自賠償保険契約先	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	

・交通事故証明書が発行されていない場合  
 ・交通事故証明書にお名前がない場合に記入してください。

※ 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。