

第三者行為による傷病届等一式

【提出していただくもの】

第三者行為による傷病届

事故発生状況報告書

同意書

誓約書

委任状兼同意書

※ 重度障害者医療費受給者証、こども医療費受給者証などの福祉医療費受給者証をお持ちの方のみ提出が必要です。

交通事故証明書(原本)

※ 交通事故証明書は、原本または原本証明を受けた写しの提出が必要です。

原本の返送を希望する場合は、提出時に下記の電話番号へご連絡ください。

※ 交通事故証明書が「人身事故」でない場合や、証明書を取得できない場合は、別途「人身事故証明書入手不能理由書」をご提出ください。

【提出先】

〒673-8686 兵庫県明石市中崎1丁目5番1号

明石市役所 国民健康保険課 管理係

電話:078-918-5021(直通)

記入例をご参照の上ご記入ください。

例) 明石 花子(本人・被害者)

兵庫 一郎(相手・第三者)

その他、事故の発生状況など

第三者行為による傷病届

項 目				
(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 記号なし / 番号 1234567 (明石市)		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>	氏名 / 生年月日 ふりがな あかし たろう 氏名 明石 太郎	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日 TEL 078(000)0000	
(被 害 者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな あかし はなこ 氏名 明石 花子	届出者との関係 妻 生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日	
	住所 / 電話	〒000-0000 明石市〇〇町〇〇1番地	TEL 078(000)0000	
(加 害 者) 第三者	氏名	ふりがな ひょうご いちろう 氏名 兵庫 一郎	生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日	
	住所 / 電話	〒000-0000 明石市〇〇町〇〇2番2-303号	TEL 078(000)0000	
加害者の親権者、使用者等 (加害者以外に責任を負う者がいる場合)	氏名 (法人名)	ふりがな ひょうご ごろう 氏名 (法人名) 兵庫 五郎	生年月日	
	住所 (事業所) / 電話	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1丁目1-1	TEL 078(000)0000	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和 〇年 〇月 〇日 午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃		
	事故発生場所	明石市〇〇町〇〇6番地		
	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 〇〇海上火災保険株式会社 登録番号 神戸302め〇〇〇〇	ふりがな ひょうご いちろう 氏名 兵庫 一郎 車台番号 AB00-〇〇〇〇〇〇	
	ナンバープレートの番号	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日	自賠責証明書番号 第 AA-2222 号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	自動車検査証に記載されています。		
任 意 保 険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 △△損害保険株式会社 〒 000-0000	担当部署 ××部〇〇部門 TEL 000(000)0000	
	取扱店所在地 / 電話	〇〇県〇〇市〇〇4丁目5-5		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇		
	保険契約者名	ふりがな ひょうご いちろう 氏名 兵庫 一郎		
	住所	〒000-0000 明石市〇〇町〇〇2番3-405号		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇〇 号	
任意対人一括の有無	有 / 無 第三者(加害者)の任意保険会社にご確認ください。			
被被害者の人身傷害保険などを利用する場合は、ご記入ください。	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	△△損害保険株式会社	担当部署 〇〇部門〇〇課	
治 療 状 況	傷病名	右肩鎖骨骨折、頸椎捻挫		
	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 有	治療開始日 〇年 〇月 〇日 治療終了(見込) 年 月 日
		住所 / 電話番号	〒 000-0000 明石市〇〇町〇〇99番地 TEL 000(000)0000	
	※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 △△医院	入院 有	治療開始日 〇年 〇月 〇日 治療終了(見込) 年 月 日
		住所 / 電話番号	〒 000-0000 明石市〇〇1丁目15番99号 TEL 000(000)0000	
	今回の事故などによる傷病の治療で受診した医療機関をすべてご記入ください。	③ 診療機関名 ××整形外科	入院 有	治療開始日 〇年 〇月 〇日 治療終了(見込) 年 月 日
住所 / 電話番号		〒 000-0000 明石市〇〇町〇〇100番地 TEL 000(000)0000		
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 〇年 〇月 〇日		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 <input checked="" 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」

交通事故証明書の左下に記載されている「証明番号」です。

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	第三者(加害者)のナンバープレートの番号(交通事故証明書の「車両番号」)	兵庫 一郎
自動車の登録番号	神戸302め〇〇〇〇	明石 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: (一時停止)		
速度	甲車両: 40 km/h (制限速度 30 km/h) ・ 乙車両: 30 km/h (制限速度 40 km/h)		

(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。)

簡単な図でかまいませんので、必ず記入してください。

自車(乙)

相手車(甲)

進行方向

信号

一時停止

人

自転車バイク

事故発生時の状況(経緯)

自車(乙)が直進して交差点へ進入したところ、相手車(甲)が一時停止せずに交差点へ進入してきたため乙はブレーキをかけたが、間に合わず衝突した。

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。

※署名又は記名・押印

令和 **〇〇** 年 **〇〇** 月 **〇〇** 日

届出者(被保険者) : **明石 花子**
※未成年の場合は親権者等

明石 花子 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させていただきます。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」として貰ってください。

被害者(受診者)が署名してください。
被害者が未成年の場合は、親権者等が署名してください。
(記名の場合は押印が必要です。)

第三者(加害者)の氏名を
記入してください。

同意書

私が加害者 兵庫 一郎 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。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

受診者(未成年の場合は親権者等)

住所 明石市○○町○○1番地

氏名 明石 花子

(印)

※署名又は記名押印

被害者(受診者)が署名してください。
被害者が未成年の場合は、親権者等が署名してください。
(記名の場合は押印が必要です。)

(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57条、
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3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。

第三者(加害者)に記入してもらう書類です。

誓 約 書

私は、下記の事故に起因する被保険者(受給者)の保険(医療)給付について、貴市の国民健康保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市から請求があったときは、納付することを誓約いたします。また、保険(医療)給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険(責任共済)損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

なお、市町条例による福祉医療費の助成を受けた場合も同様といたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

第三者(加害者)に署名をしてもらってください。
(記名の場合は押印が必要です。)

連帯保証人欄に第三者(加害者)の保険会社などの担当者の署名がある場合は、第三者欄に署名がなくても受付可能です。
(記名の場合は押印が必要です。)

(第三者)

住所 明石市〇〇町〇〇2番2-303
電話 078 (〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名 兵庫 一郎 (印)

(連帯保証人)

住所 〇〇県〇〇市〇〇4丁目5-5
電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

氏名 △△損害保険株式会社 担当中崎 (印)

明 石 市 長 様

記

事 故 日	発生日時	令和〇年〇〇月〇〇日 午前 〇時 〇分頃
	発生場所	明石市〇〇町〇〇6番地
被 保 険 者 (受給者)	住所	明石市〇〇町〇〇1番地
	氏名	明石 花子

福祉医療費受給者証をお持ちの方のみ提出が必要な書類です。

委任状兼同意書

(別紙)

事故発生年月日	平成 令和 ○年○○月○○日	事故発生場所	明石市○○町○○6番地
受給者氏名	明石 花子	第三者氏名	兵庫 一郎
公費負担者番号	○○○○○○○○	公費負担医療の受給者番号	○○○○○○○○

上記事故を含む。福祉医療費受給者証に記載の負担者番号をご記入ください。に基づく福祉医療費受給者証に記載の受給者番号をご記入ください。社等に損害賠償請求権に関する相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を本市長に委任します。

また、明石市長が求償事務を兵庫県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

上記事故に関して、私が明石市による（○○○○○）医療費助成を受けるに当たり、下記の事項に同意します。

- 1 貴職が「高齢期移行者」「重度障害者」「高齢重度障害者」「母子家庭等」「こども」など、お持ちの医療費受給者証の名称をご記入ください。
- 2 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 6 兵庫県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項
(1) 第三者行為による関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
(2) 保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

住所 明石市○○町○○1番

氏名 明石 花子 (印)

明石市長 様

(注) 被保険者が未成年

被害者(受診者)が署名してください。
被害者が未成年の場合は、親権者等が署名してください。
(記名の場合は押印が必要です。)

人身事故証明書入手不能理由書

人身事故扱いにならなかった理由を選び、○印を記入してください。

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交付されていても、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 checked="" 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（駐車場、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（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>◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察 <input checked="" type="radio"/> 担当官 <small>（判明している場合）</small>	届出年月日 令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

第三者(加害者)の署名又は記名押印を受けます。
 第三者(加害者)の署名が取付できないときは、被害者が署名又は記名押印した上で、上記の「その他【理由】」欄に経緯説明をしてください。

<p><input checked="" 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>〒 <u>000-0000</u> 記入日 <u>令和○年○月○日</u></p> <p><u>明石市○○町○○2番2-303</u></p> <p>氏名 <u>兵庫 一郎</u></p> <p>電話 <u>078 (000) 0000</u></p>
---	--

(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。

交通事故証明書が「人身事故」でない場合や、証明書を取得できない場合は、この「人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要です。
 (「人身事故」であっても、被害者(受診者)の方が記載されていない場合は提出が必要です。)

また、交通事故証明書に被害者(受診者)の方が記載されていない場合は、この書類裏面の「交通事故概要記入欄」についてもご記入ください。

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日：平成 _____ 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		令和〇年〇〇月〇〇日 午前 〇〇時 〇〇分頃 天候 晴 午後	
発生場所		明石市〇〇町〇〇6番地	
甲	住所	明石市〇〇町〇〇2番2-303号 電話 078 (000) 0000	
	氏名	兵庫 一郎	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日(〇〇)才
	自賠償保険契約先	〇〇海上火災保険株式会社	自賠償保険証明書番号 第 AA-2222 号
	登録番号	神戸302め〇〇〇〇	事故時の状況 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	明石市〇〇町〇〇1番地 電話 078 (000) 0000	
	氏名	明石 花子	生年月日 昭和〇〇年〇月〇日(〇〇)才
	自賠償保険契約先	□□損害保険株式会社	自賠償保険証明書番号 第 ZE25-3333 号
	登録番号	神戸501は〇〇〇〇	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。