

# 第三者行為による傷病届

あ

| 項 目                                    |                   |                                                                                               | 内 容                                                                                             |                                                                   |                        |                   |
|----------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
| (被<br>保<br>険<br>者<br>名)<br>受診者         | 被保険者番号 / 保険者名     |                                                                                               | 被保険者番号                                                                                          |                                                                   | 保険者名<br>大阪府後期高齢者医療広域連合 |                   |
|                                        | 氏名 / 生年月日         |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                                                     |                                                                   | 生年月日<br>年 月 日          |                   |
|                                        | 住所 / 電話           |                                                                                               | 〒<br>住所                                                                                         |                                                                   | TEL<br>( )             |                   |
| (相<br>手<br>方)<br>加害者                   | 氏 名               | 相手不明の場合<br>はチェック<br><input type="checkbox"/>                                                  | ふりがな<br>氏 名                                                                                     |                                                                   | 生年月日                   |                   |
|                                        | 住所 / 電話           |                                                                                               | 〒<br>住所                                                                                         |                                                                   | TEL<br>( )             |                   |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>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。<br>(※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) <input type="checkbox"/> |                                                                   |                        |                   |
| 自<br>賠<br>責<br>保<br>険<br>(相<br>手<br>方) | 保険会社名 / 保険契約者名    |                                                                                               | 保険会社名                                                                                           |                                                                   | ふりがな<br>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<br>年 月 日 ~ 年 月 日                                                                           |                                                                   | 自賠責証明書番号<br>第 号        |                   |
| 任<br>意<br>保<br>険<br>(相<br>手<br>方)      | 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<br>( )             |                   |
|                                        | 担当者名 / E-mail     |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                                                     |                                                                   | E-mail                 |                   |
|                                        | 保険契約者名            |                                                                                               | ふりがな<br>氏 名                                                                                     |                                                                   |                        |                   |
|                                        | 住所                |                                                                                               | 〒                                                                                               |                                                                   |                        |                   |
|                                        | 保険期間 / 契約番号       |                                                                                               | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日                                                                           |                                                                   | 契約番号<br>第 号            |                   |
|                                        | 任意対人一括の有無         |                                                                                               | 有 / 無                                                                                           |                                                                   |                        |                   |
| 受診者加入の保険<br>会社の関与                      |                   | 関与の有無を<br>チェックし、<br>「有」の場合<br>は右欄を記入<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名                                                                                           |                                                                   | 担当部署                   |                   |
|                                        |                   | 担当者氏名                                                                                         |                                                                                                 | TEL<br>( )                                                        |                        |                   |
| 治<br>療<br>状<br>況                       | 診療機関名 / 入院 / 治療期間 |                                                                                               | ① 診療機関名                                                                                         |                                                                   | 入 院<br>有 / 無           | 治療開始日<br>年 月 日    |
|                                        |                   |                                                                                               |                                                                                                 |                                                                   |                        | 治療終了(見込)<br>年 月 日 |
|                                        | 住所 / 電話番号         |                                                                                               | 〒                                                                                               |                                                                   | TEL<br>( )             |                   |
|                                        |                   |                                                                                               | ② 診療機関名                                                                                         |                                                                   | 入 院<br>有 / 無           | 治療開始日<br>年 月 日    |
|                                        |                   |                                                                                               |                                                                                                 |                                                                   |                        | 治療終了(見込)<br>年 月 日 |
|                                        |                   |                                                                                               | 〒                                                                                               |                                                                   | TEL<br>( )             |                   |
|                                        |                   |                                                                                               | ③ 診療機関名                                                                                         |                                                                   | 入 院<br>有 / 無           | 治療開始日<br>年 月 日    |
|                                        |                   |                                                                                               |                                                                                                 |                                                                   |                        | 治療終了(見込)<br>年 月 日 |
|                                        |                   |                                                                                               | 〒                                                                                               |                                                                   | TEL<br>( )             |                   |
| 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

い

|                    |                                                                                             |             |            |     |              |              |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------|-----|--------------|--------------|
| 事故証明書<br>番 号       | 第 号                                                                                         | 当<br>事<br>者 | 甲<br>(相手方) | 氏 名 |              |              |
| 自 動 車 の<br>登 録 番 号 |                                                                                             |             | 乙<br>(受診者) | 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)<br>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)<br>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<br>故<br>現<br>場<br>状<br>況<br>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。)                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                     |
|                                 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">図で説明してください</div> <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div> | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div>自 車(乙)</div> <div>相 手 車(甲)</div> <div>進 行 方 向</div> <div>信 号</div> <div>一 時 停 止</div> <div>人</div> <div>自 転 車<br/>バ イ ク</div> </div> |

|                                         |                                                                                           |  |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 事<br>故<br>発<br>生<br>の<br>状<br>況<br>(経緯) | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">文章で説明してください</div> |  |
|                                         | <p>相手方：( 車 、 バイク・原付 、 自転車 、 動物 、 暴力 、 その他 )</p> <p>自 分：( 車 、 バイク・原付 、 自転車 、 自分でこけた )</p>  |  |

|                          |        |                                                                                      |                                        |                                                                                           |
|--------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 負 受<br>傷 診<br>状 者<br>況 の | 日      | <input type="checkbox"/> 出勤日                                                         | <input 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 type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|                          | 場 所    | <input type="checkbox"/> 会社内                                                         | <input type="checkbox"/> 道路上           | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )                              |
|                          | 労災特別加入 | (受診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 |
| 年 月 日          | 被保険者(受診者)氏名： | 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 \_\_\_\_\_ に対して有する損害賠償請求権は、法令<sup>(注1)</sup>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<sup>(注2)</sup>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。

|                                                                           |   |   |   |
|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| 記入日：                                                                      | 年 | 月 | 日 |
| <div>受診者（被保険者）</div> <div>住所</div> <div>氏名 (印)</div> <div>※署名又は記名押印</div> |   |   |   |

(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。

人身事故証明書入手不能理由書

え(表)

大阪府後期高齢者医療広域連合 御中

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 人身事故扱いの<br>交通事故証明書が<br>入手できなかった<br>理由 | ①該当する項目に○印をつけてください(複数ある場合はすべて)<br><br><div><div><div><div></div></div><div>受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため</div></div><div><div></div><div>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</div></div><div><div></div><div>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</div></div><div><div></div><div>事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)</div></div></div> <div>【理由】</div> |
| 下記③で相手方から<br>署名をもらえなかった<br>理由         | ②○印をつけてください<br><br><div><div><div></div><div>相手方の協力が得られないため</div></div><div><div></div><div>相手方に依頼できないため</div></div><div><div></div><div>その他( )</div></div></div>                                                                                                                                                               |

◆ 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<br>(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、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は、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。

③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。                                                                                   |       |     |       |
| <div><div><div></div><div>当事者</div></div><div><div></div><div>目撃者</div></div><div><div></div><div>その他( ) 氏名:</div></div></div> | 住所: 〒 | 記入日 | 年 月 日 |
| ※ 該当する項目に○印をつけてください 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。

(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。

□ 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      | <div><div><div></div><div>病院</div></div><div><div></div><div>目撃者</div></div><div><div></div><div>運転者</div></div><div><div></div><div>被害者</div></div><div><div></div><div>修理工場</div></div><div><div></div><div>その他( )</div></div></div> | <div><div><div></div><div>電話</div></div><div><div></div><div>文書</div></div><div><div></div><div>面談</div></div></div> |
| 年 月 日      | <div><div><div></div><div>病院</div></div><div><div></div><div>目撃者</div></div><div><div></div><div>運転者</div></div><div><div></div><div>被害者</div></div><div><div></div><div>修理工場</div></div><div><div></div><div>その他( )</div></div></div> | <div><div><div></div><div>電話</div></div><div><div></div><div>文書</div></div><div><div></div><div>面談</div></div></div> |
| 年 月 日      | <div><div><div></div><div>病院</div></div><div><div></div><div>目撃者</div></div><div><div></div><div>運転者</div></div><div><div></div><div>被害者</div></div><div><div></div><div>修理工場</div></div><div><div></div><div>その他( )</div></div></div> | <div><div><div></div><div>電話</div></div><div><div></div><div>文書</div></div><div><div></div><div>面談</div></div></div> |
| ◆ 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<br>事<br>者 | 甲         | 住 所             | 電 話 ( )             |                   |  |
|             |           | 氏 名             | 生 年 月 日             | 年 月 日 才           |  |
|             |           | 自 賠 責 保 険 契 約 先 | 自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先 | 自 賠 責 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<br>(同乗) | 住 所             | 電 話 ( )             |                   |  |
|             |           | 氏 名             | 生 年 月 日             | 年 月 日 才           |  |
|             |           | 自 賠 責 保 険 契 約 先 | 自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先 | 自 賠 責 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 責 保 険 契 約 先 | 自 賠 責 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。

お

大阪府後期高齢者医療広域連合 御中

## 誓 約 書

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付は、私の不法行為（交通事故等）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 医療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、後期高齢者医療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。

令和 年 月 日

誓約者 住 所 \_\_\_\_\_  
(被保険者から見て、相手方)  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

### 記

|                 |     |   |         |   |
|-----------------|-----|---|---------|---|
| 加 害 者<br>(相手方)  | 住 所 | ※ |         |   |
|                 | 氏 名 | ※ | 誓約者との関係 | ※ |
| 受 診 者<br>(被保険者) | 住 所 |   |         |   |
|                 | 氏 名 |   |         |   |

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者または世帯主が誓約書を記入してください。  
※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。