



交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書

別表に定める国民健康保険の保険者及び京都府後期高齢者医療広域連合（以下「国保保険者等」という。）からこの覚書の締結に係る委任を受けた京都府国民健康保険団体連合会（以下「甲」という。）並びに一般社団法人日本損害保険協会、一般社団法人外国損害保険協会、全国自動車共済協同組合連合会、全国トラック交通共済協同組合連合会、全国共済農業協同組合連合会及び全国労働者共済生活協同組合連合会（以下「乙」という。）は、交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関して必要な事項を次のとおり定め、覚書として締結する。

なお、この覚書の締結に当たり、一般社団法人日本損害保険協会は、一般社団法人外国損害保険協会、全国自動車共済協同組合連合会、全国共済農業協同組合連合会、全国トラック交通共済協同組合連合会及び全国労働者共済生活協同組合連合会の委任に基づき、代表して覚書を締結する。

(目的)

第1条 この覚書は、任意保険等使用事案において国民健康保険又は後期高齢者医療制度（以下「国民健康保険等」という。）が利用された場合の手続きについて定めるものであり、国民健康保険等の適正な利用を促進し、併せて第三者行為による傷病届の提出を確実なものとして国保保険者等の求償漏れをなくし、財政の健全化を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 「損害保険会社等」とは、乙のうち、この取り決めに賛同する一般社団法人日本損害保険協会、一般社団法人外国損害保険協会、全国自動車共済協同組合連合会、全国トラック交通共済協同組合連合会に加盟する会員並びに全国共済農業協同組合連合会及び全国労働者共済生活協同組合連合会をいう。

2 「任意保険等」とは、損害保険会社等と任意に契約した対人賠償保険・共済、人身傷害保険・共済、その他名称を問わず自動車による交通事故に伴う傷病に対する補償を内容とする保険・共済をいう。

3 「被害者」とは、過失の多寡にかかわらず、交通事故により受傷した者をいう。

4 「任意保険等使用事案」とは、交通事故の加害者又は被害者が任意保険等に加入しているもので、損害保険会社等が関与（示談交渉サービスの提供、人身傷害保険・共済金支払サービス等）している事案をいう。

5 「第三者行為による傷病届」とは、国民健康保険法施行規則（昭和33年厚生省令第53号）第32条の6又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則（平成19年厚生労働省令第129号）第46条（同則において準用する場合を含む。以下同じ。）等に定める被害の届出に係る書類をいう。

6 「第三者行為による傷病届等」とは、前項及び第5条各号に規定する書類のことをいう。



(甲の責務)

第3条 甲は、この覚書に定める事項について、国保保険者等に対して周知を行うとともに、適正に運用されるよう努める。

- 2 甲は、乙がこの覚書を履行するに必要となる連絡先一覧を作成するため、国保保険者等の名称、担当窓口、郵便番号、住所、電話番号及びFAX番号の情報を提供する。
- 3 甲は、この覚書に定める事項の実施状況を把握し、問題が発生した場合には、乙と協議して解決するよう努めるものとする。

(乙の責務)

第4条 乙は、この覚書に定める事項について、損害保険会社等に対して周知を行い、損害保険会社等が当該周知の内容を遵守するよう努めるものとする。

- 2 乙は、任意保険等使用事案において、第三者の行為による傷病の治療に際して国民健康保険等が利用された場合、国民健康保険法施行規則第32条の6、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条等に定める届出が遅滞なく確実になされるよう、損害保険会社等に対して別紙に定めるとおり書類作成及び提出の援助を行うよう要請するものとする。
- 3 乙は、前条第2項及び前項の規定により得られた情報について適正に管理し、乙及び損害保険会社等がこの覚書又は別紙に定める内容を履行する以外の目的で利用してはならない。

(提出書類)

第5条 任意保険等使用事案については、国保保険者等に対し、第三者行為による傷病届のほか、以下の書類を提出するものとする。

- (1) 事故発生状況報告書
- (2) 損害保険会社等、医療機関及び官公庁等の他機関への照会並びに診療報酬明細書等の写しの送付に対する同意書
- (3) 交通事故証明書
- (4) 人身事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書が物件事事故扱いであるとき、交通事故証明書に被害者の氏名の記載がないとき、又は交通事故証明書を入手できないとき。）

(提出書類の様式)

第6条 任意保険等使用事案について、前条に規定する書類に関する様式については、別添1から4までの様式を使用する。ただし、事故発生状況報告書については、以下の要件を備える代替の書類がある場合にはその書類をもって代用することができる（一部要件を欠く場合にはその要件を補足することで代用することができる）。また、人身事故証明書入手不能理由書については、各損保会社等が定める様式であっても、自賠責保険請求に対応する様式であれば使用して差し支えない。

【事故発生状況報告書の要件】

- (1) 当事者（加害者、被害者）の氏名
- (2) 事故現場状況図（定型のパターン図でも可）

- (3) 天候（晴・曇・雨・雪・霧、その他）
- (4) 交通状況（混雑・普通・閑散）
- (5) 明暗（昼間・夜間・明け方・夕方）
- (6) 道路状況（舗装の有無、歩道の有無・道路の見通し・中央車線の有無・道路の状態）
- (7) 信号又は標識（信号の有無・自車側信号の色、相手方信号の色・駐停車禁止の有無、その他標識の有無）
- (8) 速度（加害者車両の速度及び制限速度・被害者車両の速度及び制限速度）
- (9) 事故発生状況（経緯）
- (10) 被害者の負傷状況
- (11) 国民健康保険の被保険者（未成年者の場合は親権者又は世帯主）又は後期高齢者医療制度の被保険者の署名又は記名押印

（参加停止）

第7条 甲は、損害保険会社等がこの覚書の趣旨に反して、第4条に基づく書類作成及び提出の援助を適正に行っていないとの情報を得た場合には、乙に対して、国民健康保険中央会を通じて事実関係の確認を求められることができる。

2 乙は、前項の確認を求められた場合、当該損害保険会社等に対して事実関係を確認し、国民健康保険中央会を通じて甲に報告しなければならない。

3 甲は、前項の報告を受けて、当該損害保険会社等における第4条に基づく書類作成及び提出の援助が著しく不適正であると判断した場合、乙に対して、国民健康保険中央会を通じて当該損害保険会社等に改善を求めよう請求することができる。

4 甲は、前項の規定に基づき改善を求めたにもかかわらず、当該損害保険会社等における第4条に基づく書類作成及び提出の援助が著しく不適正と判断した場合には、乙及び当該損害保険会社等の意見を聴いた上で、乙に対して理由を付した書面を提出することをもって当該損害保険会社等のこの覚書への参加を停止することができる。

5 乙は、甲から前項の書面を受領した場合には、当該損害保険会社等に速やかにその旨を通知しなければならない。停止の効力は、乙に本件書面が到達した月の翌月末日をもって生じるものとする。

6 この覚書への参加を停止された損害保険会社等は、改善計画書を甲及び乙に提出することができる。甲は、同改善計画書を受けて改善が見込まれると判断した場合には、第4項に規定する措置を取り消し、改めてこの覚書への参加を認めることができる。

7 甲は、前項の規定により参加停止を取り消す場合、その旨を乙に書面で通知し、乙は、当該損害保険会社等に速やかに取り消しの事実を通知しなければならない。

8 参加停止の取り消しの効力は前項の通知が乙に到達した時から生じるものとする。

（効力発生日）

第8条 この覚書の効力は令和3年7月1日から生じるものとする。なお、損害保険会社等による第4条第2項に基づく書類作成及び提出の援助については、同日以降に発生した事故を対象とする。

- 2 この覚書の有効期間は契約締結日から1年間とする。ただし、期間満了の1箇月前までに甲又は乙から書面による解約の申し出がないときは、この覚書と同一条件でさらに1年間継続し、以後も同様とする。
- 3 この覚書の効力発生により、甲乙間で締結した「交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書」（平成28年4月1日効力発生分）は廃止する。

（その他事案についての協議）

第9条 この覚書に記載されていない内容について問題が生じた場合には、甲及び乙は、協議して決するものとする。

（本書面の保管）

第10条 甲及び乙は、記名押印後、本書面を相互に各1通保管するものとする。

令和3年7月1日

（甲）

京都府京都市下京区烏丸通四条下る

水銀屋町620番地

京都府国民健康保険団体連合会

理事長 中山 泰



（乙）

東京都千代田区神田淡路町2-9

一般社団法人日本損害保険協会

専務理事 岩崎 賢二



東京都港区虎ノ門3-20-4

虎ノ門鈴木ビル7階

一般社団法人外国損害保険協会

専務理事 小野 幸則

東京都新宿区市谷八幡町1-4

全国自動車共済協同組合連合会

専務理事 中易 正幸

東京都新宿区四谷3-1-8

全国トラック交通共済協同組合連合会

専務理事 江口 稔一

までに甲又
継続し、以
傷病届等の
協議して

3 前項の場合、損害保険会社等は、被害者に対して、被害者が加入する国民健康保険法第三十條による傷病届を提出する必要があることを説明し、

東京都千代田区平河町2-7-9

全国共済農業協同組合連合会

代表理事理事長 柳井 二三夫

2 損害保険会社等は、書類作成の補助、

東京都渋谷区代々木2-12-10

全国労働者共済生活協同組合連合会

代表理事理事長 廣田 政巳



合会

別紙

交通事故に係る第三者行為による傷病届等の提出に関する覚書（以下、「覚書」という。）の第4条に基づく要請事項について、以下のとおり定める。

なお、各用語の定義については、覚書第2条の定めによるものとする。

（治療費支払方法の告知等）

第1条 損害保険会社等は、被害者が交通事故による傷病の治療を行う場合、被害者の治療費の支払方法に関する選択権を尊重する趣旨から、治療費の支払方法の種類（自由診療と保険診療があること）について告知するものとする。ただし、次の場合には告知時期を遅らせること、告知しないことができるものとする。

- （1）被害者の態様から判断して、治療費の支払方法の種類について告知すると、今後の交渉に多大な支障が生じると見込まれる場合
 - （2）被害者に過失がないと思われる事案で、かつ、治療費が少額と見込まれる場合
- 2 損害保険会社等は、前項の告知を行う場合、被害者にとって有利となる治療費の支払方法を提案するものとする。
- 3 損害保険会社等は、国民健康保険等を利用する場合、被害者に対し、次の内容を説明するものとする。
- （1）医療費の求償の流れ
 - （2）第三者行為による傷病届等の提出が必要であること
 - （3）覚書第5条第2号の同意書の内容

（書類作成及び提出の援助の内容）

第2条 損害保険会社等は、任意保険等使用事案において交通事故による傷病の治療に際し国民健康保険等が利用された場合、書類作成及び提出の援助を以下のとおり行うものとする。

- （1）加害者あるいは被害者の一方当事者のみが任意保険等に加入している場合、その一方当事者が加入する損害保険会社等が書類作成及び提出の援助を行う。
 - （2）加害者と被害者がともに任意保険等に加入している場合、原則として加害者が加入する損害保険会社等が書類作成及び提出の援助を行う。ただし、被害者の過失が大きいなど加害者が加入する損害保険会社等からの保険金支払が見込まれない場合には、被害者が加入する損害保険会社等が書類作成及び提出の援助を行う。
 - （3）前号の規定にかかわらず、加害者が加入する損害保険会社等からの給付の前に、被害者が加入する損害保険会社等から保険金が支払われる場合、被害者が加入する損害保険会社等が書類作成及び提出の援助を行うものとし、その旨を加害者が加入する損害保険会社等に速やかに連絡する。
- 2 損害保険会社等は、被害者が連絡先である損害保険会社等を把握しているにもかかわらず連絡せずに国民健康保険等を利用した場合、被害者が必要な情報の提供を拒んだ場合、被害者が自ら第三者行為による傷病届を提出すると主張している場合など、書類作成及び提出の援助ができない相当の理由がある場合には、書類作成及び提出の援助を行わないことができる。

3 前項の場合、損害保険会社等は、被害者に対して、被害者が加入する国保保険者等に第三者行為による傷病届を提出する必要があることを説明しなければならない。

(書類作成及び提出の援助の方法)

第3条 損害保険会社等は、第三者行為による傷病届及び覚書第5条に規定する書類の作成並びに提出の援助を無償で行うものとする。

2 損害保険会社等は、書類作成の援助に当たり、公正な立場でその援助にあたるものとし、加害者と被害者との間で事実関係の争いがある場合には、被害者が主張する内容に基づき援助を行うものとする。

3 損害保険会社等は、第1項により作成した書類について、それぞれ次の各号に定める者の確認を受けた上で、提出の援助を行うものとする。

(1) 第三者行為による傷病届においては、被害者が国民健康保険の被保険者である場合は被害者が属する世帯の世帯主。被害者が後期高齢者医療制度の被保険者である場合は被害者。

(2) 事故発生状況報告書においては、被保険者（未成年者の場合は親権者又は世帯主）。

(3) 同意書においては、受診者（未成年者の場合は親権者等）。

4 損害保険会社等は、書類作成及び提出の援助に当たり、必要に応じて社会保険労務士を活用するなど、援助に支障が生じないように努めなければならない。

(提出の援助の方法、期限、費用)

第4条 損害保険会社等は、任意保険等使用事案において、第3条の提出の援助として、国民健康保険等の利用を開始してから原則として1箇月以内に覚書第5条に規定する書類を被害者が加入する国保保険者等の担当窓口へ送付しなければならない。なお、1箇月以内に送付できない場合には、当該国保保険者等における担当窓口へその旨連絡するものとする。

2 送付費用については、損害保険会社等の負担とする。

(取得した情報の取扱い)

第5条 損害保険会社等は、第2条及び第3条により取得した情報を適正に管理し、書類作成及び提出の援助に必要な範囲に限って利用しなければならない。

| | |
|---|---|
| 関係の有無を チェックし 「有」の場合は 担当者を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名 担当部署 以上 |
| 1 診療機関名 〒 TEL () | 入院 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(退院) 年 月 日 |
| 2 診療機関名 〒 TEL () | 入院 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(退院) 年 月 日 |
| 3 診療機関名 〒 TEL () | 入院 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(退院) 年 月 日 |
| 作成日 / 作成文書の有無 年 月 日 | 本届出書は損害保険会社等(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 |

※「有」は、任意保険の場合、任意保険、任意保険の名称に「保険」と記入し、その内容をご記入ください。

別表

| | | | | |
|-------------|------|----------------|-------|------|
| 京都市 | 福知山市 | 舞鶴市 | 綾部市 | 宇治市 |
| 宮津市 | 亀岡市 | 城陽市 | 向日市 | 長岡京市 |
| 八幡市 | 京田辺市 | 京丹後市 | 南丹市 | 木津川市 |
| 大山崎町 | 久御山町 | 井手町 | 宇治田原町 | 笠置町 |
| 和束町 | 精華町 | 南山城村 | 伊根町 | 京丹波町 |
| 与謝野町 | | | | |
| 京都芸術家国保組合 | | 京都料理飲食業国保組合 | | |
| 京都府酒販国保組合 | | 京都市中央卸売市場国保組合 | | |
| 京都府医師国保組合 | | 京都府薬剤師国保組合 | | |
| 京都市食品衛生国保組合 | | 京都府衣料国保組合 | | |
| 京都花街国保組合 | | 京都府建設業職別連合国保組合 | | |
| 京都建築国保組合 | | 京都府後期高齢者医療広域連合 | | |

| |
|-------------------------------------|
| 項 |
| 被保険者記号・ |
| 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 / 続柄 / |
| 住所 / 電話 |
| 氏名 |
| 住所 / 電話 |
| 事故発生日時 |
| 事故発生場所 |
| 労災保険対象の |
| 保険会社名 / |
| 登録番号 / 車 |
| 保険期間 / 自賠 |
| 保険会社名 / |
| 取扱店所在地 / |
| 担当者名 / E-m |
| 保険契約者名 |
| 住所 |
| 保険期間 / 契約 |
| 任意対人一括の |
| 者加入の保険 の関与 |
| 診療機関名 / 入 |
| 住所 / 電話番号 |
| ※治療終了日（見 可能な範囲でご |
| 届作成日 / 作成支 |
| 本書は、自賠責共済、 |

第三者行為による傷病届

別添1

| 項 目 | 内 容 | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| 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 <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 氏名 生年月日 年 月 日 | |
| | 住所 / 電話 | 〒 TEL () | |
| 氏名 / 続柄 / 生年月日 | 届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/> | ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日 | |
| | 住所 / 電話 | 〒 TEL () | |
| 氏名 | ふりがな 氏名 | | |
| 住所 / 電話 | 〒 TEL () | | |
| 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) | | |
| 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 / 自賠償証明書番号 | 保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 | 自賠償証明書番号 第 号 | |
| 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 | | |
| 者加入の保険 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 担当者氏名 TEL () | |
| | | 担当部署 | |
| 診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 <small>※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。</small> | 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 () | |
| 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"/> | |

本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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
番

自動車
登録番

天 候

道路状

信号又は標

速

事故現場
状況
図

事故発生
の状況
(経緯)

被害者
の負傷
状況

記内容

本
印を

事故発生状況報告書

別添2

| | | | | | | | | | |
|---------|---|---|-----------------------|------------|----|----|--------------|--|--------------|
| 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) | | | | | | |

(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; height: 200px; width: 100%;"></div> | <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 自 車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 自 転 車 バ イ ク </div> </div> |
|--|--|

事故発生時の状況(経緯)

_____年 _____月 _____日

| | | | | |
|----------|---------|--|--|--|
| 被害者の負傷状況 | 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 () <small>(パート・アルバイト含む)</small> | | |
| | 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※ | (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 <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small> | | |

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) _____ : _____ 印
※未成年の場合は親権者等

⑤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事も可能です。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印をして貰ってください。

※〇〇健康保険
〇〇国民健康保険

私が加
が保険給
つきま

- 1 保険者
に当該
- 2 私が推
者は受
容につ
- 3 保険者
提供を
- 4 保険者
保険者

あわせ
1 加害者
2 加害者
3 加害者
やかに
4 治療か

(注1) 各保
健康保険
後期高齢者
(注2) 国民
高齢者の
損害賠償

別添3

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)

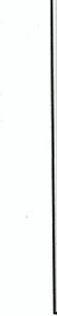
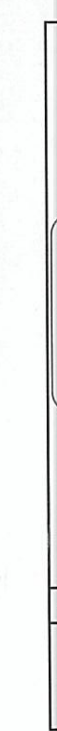
住所

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。



(保



御中

- 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。)

| | |
|--|--|
| <p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 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。</p> | <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 | 届出年月日 |
| | (判明している場合) | 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。

- 当事者 住所： _____ 記載日 年 月 日
- 目撃者 _____
- その他 () 氏名： _____ (印)

※ 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 |
|----------------|---|---|
| 月 年 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 |
| 月 年 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 |
| 月 年 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 () | | |

【
○交
(物

國
在
館
印
行

【 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 | 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。

