

記入例：交通事故

第三者行為による傷病

後期高齢者医療被保険者証の被保険者番号(8桁)をご記入ください。

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 1 2 3 4 5 6 7 8 宮城県後期高齢者医療広域連合	
	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 〇〇 〇〇 氏名 〇〇 〇〇 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県〇〇市〇〇1丁目1-1
	住所 / 電話	生年月日 昭和〇年〇月〇日 TEL 022(000)0000	
(受診者)被害者	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 checked="" type="checkbox"/>	ふりがな 氏名 〒
	住所 / 電話	届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )	
(第三者)加害者	氏名	ふりがな ΔΔ ΔΔ 氏名 ΔΔ ΔΔ 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県ΔΔ市ΔΔ2丁目1-1	
	住所 / 電話	TEL 022(111)1111	
事故発生状況	事故発生日時	〇年〇月〇日 (午前) / 午後 〇時〇〇分頃	
	事故発生場所	宮城県〇〇市〇〇3丁目1-1	
	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)	
(加害者)自賠償保険	保険会社名 / 保険契約	保険会社名 〇〇損害保険株式会社	ふりがな 氏名 ΔΔ ΔΔ
	登録番号 / 車台番号	登録番号 宮城〇〇〇あ〇〇〇〇	車台番号 ABC-111-111
	保険期間 / 自賠償証明	保険期間 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日	自賠償証明書番号 第 DEF111111 号
(加害者)任意保険	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇〇損害保険会社	担当部署 〇〇〇課
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇丁目〇-〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 ΔΔ ΔΔ	E-mail 〇〇@〇〇.〇〇
	保険契約者名	ふりがな 氏名 ΔΔ ΔΔ	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県ΔΔ市ΔΔ2丁目1-1	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日	契約番号 第 11111111 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL ( )
		保険会社に確認してご記入ください。	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 (有) / 無
	住所 / 電話番号	〒 111-1111 宮城県〇〇市〇〇3丁目1-1	治療開始日 〇年〇月〇日 治療終了(見込) 年 月 日
	※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	入院 有 / 無
		〒	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		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
傷病届作成日 / 作成支援の有無	〇年〇月〇日	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 checked="" type="checkbox"/>	

(注) 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。

※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

相手方氏名をご記入ください。

## 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。

〇 年 〇 月 〇 日

被保険者の署名または記名押印してください。

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 宮城県〇〇市〇〇1丁目1-1

氏名 〇〇 〇〇

(印)

※署名又は記名押印

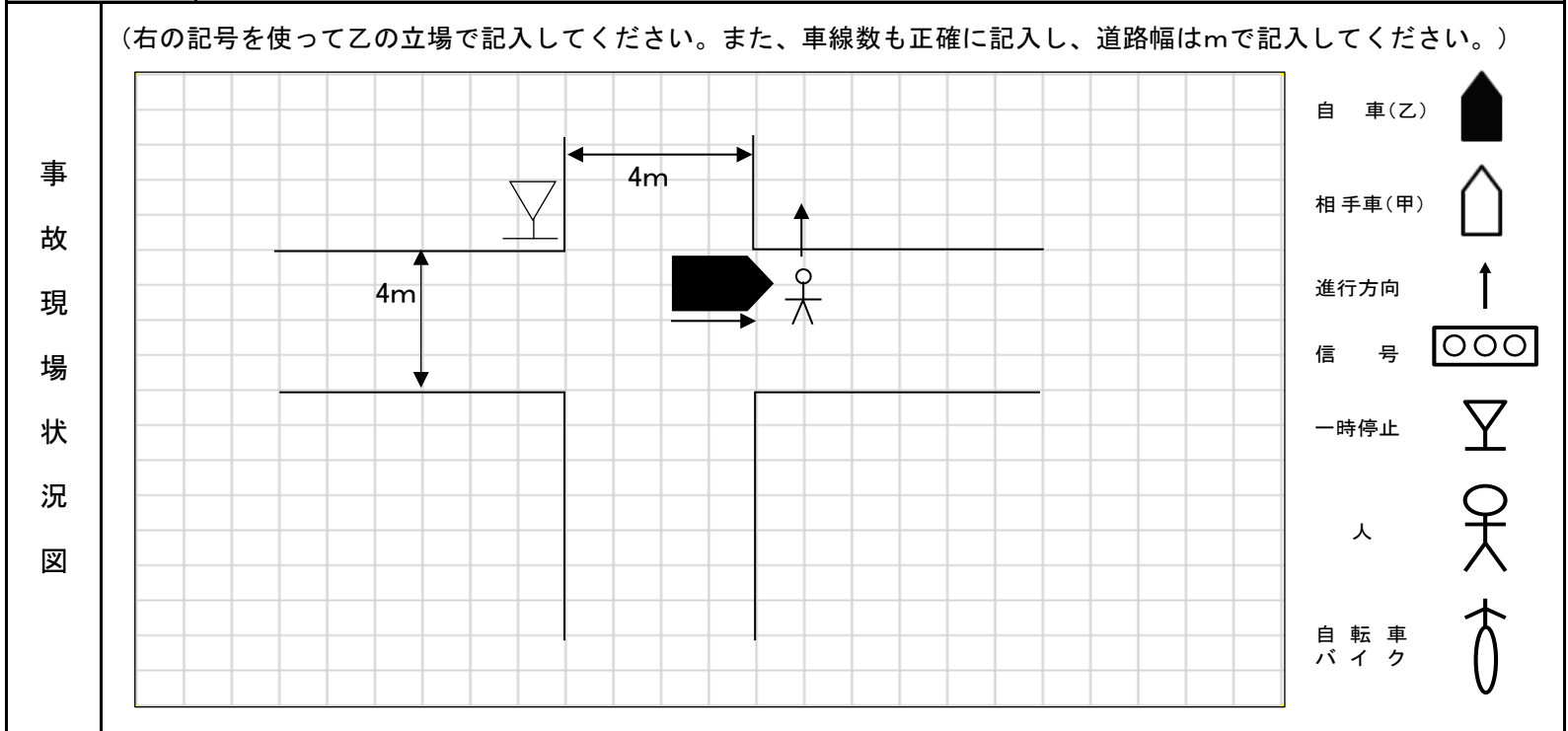
(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

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国民健康保険団体連合会を含みます。

# 記入例：交通事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 123456 号	当事者	甲 (加害者) 氏名 ΔΔ ΔΔ
自動車の登録番号	宮城000あ0000	乙 (被害者) 氏名	〇〇 〇〇
天候	晴・曇・雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・普通・閑散
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)	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
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)	その他標識	( )
速度	甲車両： 20 km/h (制限速度 30 km/h) ・ 乙車両： km/h (制限速度 km/h)		



事故発生  
の状況  
(経緯)

信号のない交差点を甲車が一時停車せず通過しようとしたところ、横断歩道を渡っていた乙と衝突した。

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 (パート・アルバイト含)
	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"/>

被保険者の署名または記名押印してください。

上記内容に間違いありません。

〇 年 〇 月 〇 日

届出者(被保険者) :  
※未成年の場合は親権者等

〇〇 〇〇 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押印をして貰ってください。

# 記入例

様式第6-3号（後期高齢者医療用）

## 誓約書

後期高齢者医療の保険者である貴殿より下記被保険者が受けた当該保険事故に起因する医療給付については、保険事故の当事者として次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1 貴殿が本件事故に関して支払った医療給付額に基づく貴殿からの請求に対し、本件事故にかかる私の責任の割合に応じた額を遅滞なく支払います。
- 2 下記被保険者と示談を行う場合は、前もって貴殿にお知らせします。
- 3 約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ます。

〇年 〇月 〇日

相手方の記名・押印が必要です。相手方から同意を得られなかった場合は、欄外に「相手方の同意得られず」と記入してください。

誓約者 住所 宮城県△△市△△2丁目1-1

氏名 △△ △△

印

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

事故日	〇年 〇月 〇日		
第一当事者 (誓約者等)	住所	*	
	氏名	*	誓約者との関係 *
第二当事者 (被保険者)	住所	宮城県〇〇市〇〇1丁目1-1	
	氏名	〇〇 〇〇	

○ 第一当事者とは、本件事故に直接関係する方です。＊欄は誓約者と異なる場合記入願います。

相手方の同意得られず

# 記入例

## 人身事故証明書入手不能理由書

〇〇損害保険株式会社 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。)

理由	<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
----	---

次のいずれかに該当する場合は、この書類が必要です。

- ・ 交通事故証明書の右下の欄が「物件事故」となっている
- ・ 交通事故証明書に被保険者の名前が記載されていない(この書類の裏面の記入も必要です)
- ・ 警察に届出をしていないため、交通事故証明書が発行されていない(この書類の裏面の記入も必要です)

◆ 警察へ、事故発生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	〇〇 警察 担当官	届出年月日	〇 年 〇 月 〇 日
(判明している場合)			

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。
<input type="radio"/> 当事者 住所: 〒 000-0000 記載日 〇 年 〇 月 〇 日
<input type="radio"/> 目撃者 宮城県△△市△△2丁目1-1
<input type="radio"/> その他( ) 氏名: △△ △△ (印)
※ 該当する項目に○を記入してください 電話: 022(111)1111

この欄は相手方が記入します。  
加害者に記入してもらえない場合は、被害者が記入・押印し、余白に「相手方の同意得られず」と記入してください。

第15条請求)する場合には、保険契約者側(契約者)が請求(法第15条請求)する場合があります。

相手方の同意得られず

- 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。

◆ 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		

【 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		〇年〇月〇日 午前〇時〇分頃		天候	晴れ
発生場所		宮城県〇〇市〇〇3丁目1-1			
甲	住所			電話	( )
	次のいずれかに該当する場合は、裏面の記入も必要です。 ・交通事故証明書に被保険者の名前が記載されていない ・警察に届出をしていないため、交通事故証明書が発行されていない				
乙	住所			電話	( )
	同乗者のため、交通事故証明書に被保険者の名前が記載されていない場合は、「丙」欄に被保険者をご記入ください。				
	登録番号		事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
当 事 者	住所	宮城県〇〇市〇〇1丁目1-1		電話	022(000)0000
	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	昭和〇年〇月〇日〇才	
	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	
	住所			電話	( )
丁	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	
	住所			電話	( )
戊	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	
	住所			電話	( )

※ 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。