

第三者行為による傷病届等一式でご提出いただく書類

◎必須 ○提出が不可能な場合は不要 △備考に該当する場合は提出

書類	交通 事故	交通事 故以外	備考
第三者行為による傷病届	◎	◎	
同意書	◎	◎	
事故発生状況報告書	◎	◎	
交通事故証明書	○	/	※1
人身事故証明書入手不能理由書	△	/	※2に該当の場合提出
誓約書	○	○	
車検証・自賠責保険・任意保険の 証書等の写し	○	○	
示談書の写し	△	△	示談成立の場合提出

※1 交通事故証明書の発行機関は、自動車安全運転センター（〒981-3117 仙台市泉区市名坂字高倉 65 県運転免許センター内 Tel022-373-7171）です。自動車安全運転センターの窓口申し込むか、郵便振替等の方法でも申し込めます（発行手数料がかかります）。申込用紙は自動車安全運転センターや警察署等にありません。

※2 次のいずれかに該当する場合は、人身事故証明書入手不能理由書が必要です。

- ・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
- ・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

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	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 ()	
(受 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名 〒	届出者との関係	生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話			TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな 氏 名 〒			
	住所 / 電話			TEL ()	
事 故 発 生 状 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。 (※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 賠 責 保 険 (加 害 者)	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 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号 第 号		
任 意 保 険 (加 害 者)	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			
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	担当部署		
		担当者氏名	TEL ()		
治 療 状 況	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 ()		
	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。

宮城県後期高齢者医療広域連合 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。

事故発生状況報告書（一般用）

事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
事故状況を図示してください。	事故状況図
	事故状況をできるだけ詳しく書いてください。

◎事故の当事者

甲 (第一当事者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			
乙 (第二当事者： 被保険者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			
丙 (その他関係者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			

上記のとおり報告いたします。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

印

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。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

事 故 日	年 月 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			
	氏名			

○ 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に記入願います。