

第三者行為による傷病届

記入の方法

※ 必ず事故証明書を添付してください。

原本、もしくはコピー（コピーの場合は原本証明されたもの）

※ この届出は、『被害者』が中心として記入してください。

加古川市役所 国民健康保険課 給付係
電話 079-427-9188（内線 2642～2644）

第三者の行為によってケガをした場合

- 交通事故など、第三者の行為によってケガをした場合でも、国民健康保険で治療が受けられます。ただし、その場合には必ず市役所の国民健康保険課へ届けてください。

医療費は加害者の負担

- 交通事故のように第三者の行為によってケガをした場合、原則として医療費は加害者が負担すべきものです。

国民健康保険を使って治療を受けられた場合は、加古川市が治療費を一部立て替え、あとで加害者から返していただく事になります。

被害者の方に知っていただきたいこと

- ① 交通事故で負傷し、治療を受けた場合、すぐに加古川市役所 国民健康保険課へ届出てください。
- ② 治療費は加害者が負担するのが原則です。国民健康保険を使って治療するのは、治療費を加古川市が一時立て替えて医療機関に支払うことになります。
- ③ 加害者と示談する場合、事前に国民健康保険課給付係に相談してください。治療中に示談された場合、加古川市が立て替えて支払った医療費の全額を被害者に請求せざるをえなくなる場合がありますので、特に注意してください。

加害者の方に知っていただきたいこと

- ① 交通事故で相手が負傷すると、民法709条の定めにより、加害者は損害賠償の責任があります。
- ② 加害者は、後日保険者である加古川市から支払った治療費の請求を受けたときは、民法及び国民健康保険法等の定めるところにより、それに応じなければならない責任のあることをよく認識しておいてください。
- ③ 誓約書は民法上定められた債務を承認した文書です。この誓約したことを守らない場合、その行為によって生じた権利、義務についての責任を誓約者が負わなければなりません。
- ④ 連帯保証人については、加害者が加古川市から治療費の損害請求を受けたものの何らかの理由で、支払いができない場合、連帯保証人となっている者が加害者に代わって支払う責任があります。そのことを承知しておいてください。

けがをされた方の被保険者番号を記入(7桁) 主者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被 保 険 者 名 等)	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 保険者名 00280115 (加古川市)	
	届出者情報 ※国民健康保 世帯主、その他 は被保険者の 情報を記入	ふりがな 氏 名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	かこがわ たろう 加古川 太郎 加古川市〇〇町〇〇1番地
	住所 / 電話	生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 079(〇〇〇)〇〇〇〇	
(被 害 者)	氏名 / 結婚 / 生年月日 けがをされた方のお名	ふりがな 氏 名 〒	かこがわ はなこ 加古川 花子 届出者との関係 子
	住所 / 電話	生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL ()	
(加 害 者)	氏 名	ふりがな 氏 名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇	こくほ いちろう 国保 一郎 加古川市〇〇町〇〇番
	住所 / 電話	生年月日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 079(〇〇〇)〇〇〇〇	
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) 住所 (事業所) / 電話	ふりがな 氏名 (法人名) 〒 TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃	
	事故発生場所	加古川市〇〇町〇〇番	
	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	ふりがな 氏 名 国保 一郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 姫路〇〇〇あ〇〇〇〇	車台番号 A B 〇〇-〇〇〇〇〇〇〇〇
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日	自賠責証明書番号 第 〇〇-〇〇〇〇 号
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	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目1-1	TEL ()
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 きたざいけ じろう 北在家 次郎	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 こくほ いちろう 国保 一郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 加古川市〇〇町〇〇番	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 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		保険会社名 〇〇損害保険株式会社	担当部署 〇〇課
加害者の方が加入して いる保険について記入		担当者氏名	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
治 療 状 況	肋骨骨折・右肩鎖骨折		
	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 治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 加古川市〇〇町〇〇番	TEL 079(〇〇〇)〇〇〇〇
	※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 ▽▽病院	入 院 有 / 無 治療開始日 〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 加古川市〇〇町〇〇番	TEL 079(〇〇〇)〇〇〇〇
		③ 診療機関名 □□整形外科	入 院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 加古川市〇〇町〇〇番	TEL 079(〇〇〇)〇〇〇〇
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	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

(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

事故証明書 番号	第 〇〇-〇〇〇〇 号	当事者 甲 (加害者)	氏名	国保 一郎		
自動車 の 登録 番号	姫路〇〇〇あ〇〇〇〇	乙 (被害者)	氏名	加古川 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: ()					
速 度	甲車両: km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両: km/h (制限速度 km/h)					
事故 現場 状況 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。)					
事故 発生 の 状況 (経緯)	信号青になり自転車(乙)が右折したところ、相手車(甲)と衝突。					
被害 者の 負傷 状況	日	☐ 出勤日 ☒ 休日 (定休日・休暇を含む) ☐ その他 ()				
	時 間 帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☒ 私用 ☐ その他 () (パート・アルバイト含む)				
	場 所	☐ 会社内 ☒ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()				
	労災特別加入※	※社長、役員等の経営者が加入する労災保険 (被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) ☐ 加入有 ☐ 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) :
※未成年の場合は親権者等

加古川 太郎

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。

サンプル

交通事故証明書

事故照会番号		甲 ・ 乙 ・ との続柄 本人 ・ 代理人												
発生日時														
発生場所														
加害者（甲）	住所									備考				
	氏名					生年月日								
	車種					車両番号								
	自賠責保険関係					証明書番号								
	事故時の状態													
被害者（乙）	住所													
	氏名					生年月日								
	車種					車両番号								
	自賠責保険関係					証明書番号								
	事故時の状態													
事故類型	人対車両	車両相互						車両単独				踏切	不・明・調査中	
		正面衝突	側面衝突	出合い突頭	接触	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	その他			
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 令和 ● 年 ● 月 ● 日 自動車安全運転センター ●●事務所長														
証明番号		●●●●●●●●				照合記録簿				人身事故				

★「照合記録簿の種別」が「人身事故」ではなく「物件事故」の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」の作成が必要です。

「交通事故証明書」は、自動車安全運転センターに申請すると、発行を受けることができます。

原本、もしくは原本証明されたものがが必要です。

原本証明とは、保険会社等が「原本と相違なし ○○保険会社」と記載しているものです。

人身事故証明書入手不能理由書

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 ※ 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。	☒ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
	☐ 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
	★「交通事故証明書」の「照合記録簿の種別」が「人身事故」ではなく「物件事故」の場合のみ、本理由書に記入のうえ、ご提出ください。
	☐ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
◆ 警察 届出 裏面へ	原則、加害者（第三者）が署名または記名・押印ください。加害者（第三者）の署名または記名・押印が取付られない場合は、けがをされた方が署名または記名・押印ください。
	月 日 名前が

■ 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。	
☒ 当事者	住所：〒 〇〇〇-〇〇〇〇 記載日 令和〇 年 〇 月 〇 日
☐ 目撃者	加古川市〇〇町〇〇番
☐ その他（ ）氏名：	国保 一郎
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： 079 (〇〇〇) 〇〇〇〇

(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	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 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		令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇 時 〇 分頃 天候 晴れ				
発 生 場 所						
当 事 者	甲	住 所	加古川市〇〇町〇〇〇番		電話	()
		氏 名	国保 一郎	生 年 月 日	SOO 年 〇 月 〇 日 〇〇 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	〇〇海上火災保険株式会 社	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 〇〇-〇〇〇〇 号	
		登 録 番 号	姫路〇〇〇あ〇〇〇〇	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	
	乙	住 所	加古川市〇〇町〇〇〇1番地		電話	()
		氏 名	加古川 花子	生 年 月 日	SOO 年 〇 月 〇 日 〇〇 才	
		自 賠 責 保 険 契 約 先	〇〇〇海上火災保険株式 会社	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 〇〇-〇〇〇〇 号	
		登 録 番 号	姫路〇〇〇い〇〇〇〇	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 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。

同意書

私が加害者（ 国保 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。

令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 加古川市〇〇町〇〇1番地

氏名 加古川 花子

（印）

※署名又は記名押印

けがをされた方のお名前

（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。

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

加害者（第三者）のお名前	(第三者)	住 所 加古川市〇〇町〇〇番	必ず押印
	電 話 079 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	氏 名 国保 一郎		
加害者（第三者）が加入している保険会社等	(連帯保証人)	住 所 〇〇県〇〇市〇〇1丁目2-3	印
	電 話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
	氏 名 △△損害保険株式会社 担当北在家		

加 古 川 市 長 様

記

事 故 日	発 生 日 時	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後 〇時〇分頃
	発 生 場 所	加古川市〇〇町〇〇番
被 保 険 者 (受給者)	住 所	加古川市〇〇〇町〇〇〇1番地
	氏 名	加古川 花子

けがをされた方のお名前