

●1枚目(第三者行為による傷病届)

第三者行為による傷病届

項目	内容	
届出者	健康保険の記号番号	(記号) 3010203 (番号) 123
	氏名	(氏名) 協会 太郎
被害者 (受診者)	氏名 / 性別 / 年齢	(氏名) 協会 花子 (性別) 男・女 (年齢) 35 歳
	続柄 / 生年月日	(届出者との関係) 妻 (生年月日) 平成元 年 10 月 1 日
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 105 - 0000 東京都港区〇〇1-1△△マンション101 (電) 03 - 0000 - 0000
加害者 (相手)	氏名 / 性別 / 年齢	(カナ) ケンボ イチロウ (氏名) 健保 一郎 (性別) 男・女 (年齢) 27 歳
	住所 / 電話番号	(住所) 〒 156 - 0000 東京都世田谷区〇-〇-1 (電) 03 - XXXX - XXXX
事故発生状況	事故の内容 (あてはまるものに☑をつけてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> 動物による負傷 <input type="checkbox"/> 飼主が加害者 <input type="checkbox"/> 飼主不明 <input type="checkbox"/> その他 ()
	事故発生日時	令和 6 年 5 月 3 日 (午前) 午後 11 時 15 分頃
	事故発生場所	東京都千代田区〇〇-1-1
加害者の 自賠責保険	保険会社名	(加害者の自賠責保険会社名称) 〇〇保険 株式会社
	契約者氏名 / 続柄	(氏名) 健保 一郎 (加害者との関係) 本人
	自賠責番号 / 登録番号	(自賠責証書番号) ABCD12345-XYZ (登録番号) ※ナンバープレート 品川1500 あ 〇〇〇〇
	保険期間	(保険期間) 令和 6 年 5 月 1 日 ~ 令和 7 年 4 月 30 日
加害者の任意保険	保険会社名	(加害者の任意保険会社名称) □□□火災海上保険株式会社 東京支店
	所在地 / 電話番号	(取扱店の所在地) 〒 160 - 0000 (電) 03 - 0000 - 0000 東京都新宿区△-2-2
	担当者 / 担当部署	(取扱店担当者名) 損保 二郎 (取扱店担当部署) 自動車保険サービス課
	保険契約者氏名	(氏名) 協会 一郎
	保険契約者住所	(住所) 〒 156 - 0000 東京都世田谷区〇-〇-1
	証書番号 / 任意一括(注1)	(証書番号) XXX-123456789-9 (任意一括の有無) 有・無
被害者加入 の任意保険	保険会社名	(被害者の任意保険会社名称) △△保険 株式会社 東京支店
	所在地 / 電話番号	(取扱店の所在地) 〒 161 - 0000 (電) 03 - 0000 - 0000 東京都新宿区〇-3-3
	担当者 / 担当部署	(取扱店担当者名) 任意 三郎 (取扱店担当部署)
治療状況等	診療機関①	(診療機関名) 千代田〇〇病院 (治療開始) 令和 6 年 5 月 3 日 (治療終了(見込)) 令和 6 年 6 月 9 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話	(所在地) 〒 100 - 0000 (電) 03 - 0000 - 0000 東京都千代田区△△2-2
	診療機関②	(診療機関名) 品川〇〇病院 (治療開始) 令和 6 年 6 月 10 日 (治療終了(見込)) 年 月 日
	診療機関名/治療期間 所在地/電話	(所在地) 〒 105 - 0000 (電) 03 - 0000 - 0000 東京都品川区△△1-1
示談又は和解(注2) (あてはまるものに☑をつけてください)		(損害賠償について示談又は和解の有無) <input type="checkbox"/> 示談・和解済 <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中 <input type="checkbox"/> 示談・和解はしない

記号・番号は、資格情報のお知らせ等に記載されています。

当事者の情報のほか、どのような事故であったかご記入ください。

発生日時や場所について、わかる範囲でご記入ください。

交通事故の場合のみご記入ください。

「交通事故証明書」等を参考に、わかる範囲でご記入ください。

治療を受けている(または受けていた)病院名等と、治療期間について、わかる範囲でご記入ください。

(注1) 「任意一括」とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することを指します。

(注2) 加害者と示談又は和解を行った場合は、示談内容または和解内容がわかるもの(示談書等)を添付してください。

5 1 4 1 1 1

全国健康保険協会(協会けんぽ)

被保険者の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

治療費などの支払について、事故の相手方と示談や和解を行っているか(行ったか)、チェックをつけてください。

「示談・和解済」に☑された場合は、写しで結構ですので示談書などの相手方と合意(和解)した内容がわかる書類

●2枚目(事故発生状況報告書)

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 0001 号	甲 (加害者)	協会 一郎	
	自動車の 登録番号	品川1500 あ 0000	乙 (被害者)	健保 花子
天 候	晴 曇・雨・ 雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗
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 平場・坂・積雪路・凍結路)			昼間・夕方・ 夜間・明け方
信号又は標識	信号 (ある・ない) ・ 自転車信号 (青 赤 黄) ・ 相手方信号 (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 45 km/h (制限速度 40 km/h) 乙車両 0 km/h (制限速度 40 km/h)			
この欄は、交通事故の場合に記入してください。	(右の記号を使ってこ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。)			
必ず記入してください。	発生した日	<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 ()		
	発生した時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ()		
事故発生状況(経緯)	発生した場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	事故発生状況の 具体的な説明	信号のある交差点で、進行方向の信号が赤だったため、停止していたところ後方から追突された。		
上記内容に間違いありません。				
令和 5 年 5 月 10 日		届出者 (被保険者) : 健保 太郎		
※未成年者の場合は親権者等				

当事者氏名については、事故の種類にかかわらずご記入ください。

事故証明書番号は、交通事故証明書を参照してご記入ください。

交通事故に遭われた状況について、できるだけ詳細にご記入ください。

交通事故以外も含めたすべての事故について、事故の発生した状況をできるだけ詳細にご記入ください。

届出された方の氏名のご記入と押印をお願いします。

※損害保険会社へ提出する書類のため、押印は省略できません。

(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にすることも可能です。その場合は、当該書面の余白に「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受けてください。

●3枚目(同意書)

国及び全国健康保険協会 支部 御中

同意書

私が加害者（協会 一郎）に対して有する損害賠償請求権は、法令（※）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、保険者が損害賠償額の支払の請求を加害者又は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に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者または加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、保険給付後の傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

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、速やかに届出ること。
- 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 5 年 5 月 10 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 東京都港区〇〇1-1△マンション101

氏名 健保 花子 (印)

負傷者（親権者）が、ご記入ください。

（※）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

●4枚目(人身事故証明書入手不能理由書)

※この書類は、交通事故証明が入手できない、または物件処理のため人身事故証明がない場合に提出が必要です。

人身事故証明書入手不能理由書

発生日時	令和5年5月1日 午前11時頃		
発生場所	東京都千代田区〇〇-1-1		
加害者 (甲)	住所	東京都世田谷区〇-〇-1	
	氏名	協会 一郎	生年月日 平成9年4月1日
	車種	〇〇〇〇	車両番号 品川500あ〇〇〇〇
	自賠責保険契約先	〇〇〇〇火災海上保険 株式会社 東京支店	自賠責証明書番号 ABCD12345-XYZ
	事故時の状態	運転・同乗・歩行・その他	
被害者 (乙)	住所	東京都港区〇〇1-1△△マンション101	
	氏名	健保 花子	生年月日 平成2年12月3日
	車種	〇〇〇〇	車両番号 品川555ん△△△△
	自賠責保険契約先	△△保険 株式会社 東京支店	自賠責証明書番号 WXYZ56789-ABC
	事故時の状態	運転・同乗・歩行・その他	
甲・乙 以外の 当事者	住所		
	氏名		車両番号
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号
人身事故証明書を入手できない理由	<input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院であったため <input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、治療が短期間で終了したため <input type="checkbox"/> 公道以外で発生した事故のため <input type="checkbox"/> その他 ()		

上記理由により人身事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。

(甲) 住所 東京都世田谷区〇-〇-1 令和5年5月10日
氏名 協会 一郎 印 電話(03) XXXX - XXXX

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所 年 月 日
氏名 印 電話() -

事故の相手方、もしくは目撃者の方のご署名・捺印がもらえない場合は、空白欄に理由を記入のうえ、負傷者(親権者)がご署名・捺印ください。

例)

- ・相手と連絡がとれないため、相手方から署名をもらうことができない
- ・相手が協力してくれない