

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者記号番号 / 保険者名	被保険者記号番号	保険者名		
	保険者の住所(届出先)	〒			
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名	印		
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
	備考				
(加害者) 第三者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号		
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	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		
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)

第三者行為による傷病届

(記入例)

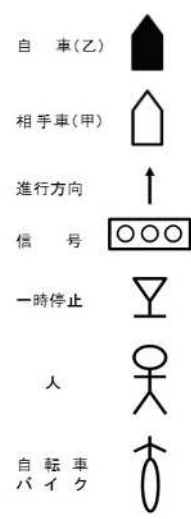
項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者記号番号 / 保険者名	被保険者記号番号 〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇〇〇	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな けんこう いちろう 氏名 健康 一郎	(健康)	
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな けんこう いちろう 氏名 健康 一郎	(男性) / 女性 45 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和 50 年 1 月 1 日	
	住所 / 電話	〒000-0000 ▲▲市▲▲▲11-1	TEL 048(333)1111	
	備考			
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな けんぼ たろう 氏名 健保 太郎	(男性) / 女性 62 歳	
	住所 / 電話	〒000-0000 ▲▲市★★27-1	TEL 048(112)1112	
事故発生	事故発生日時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前 (午後) 3 時 30 分頃		
	事故発生場所	▲▲市★★30-5		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇〇海上火災 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな けんぼ たろう 氏名 健保 太郎		
	登録番号	▲▲55は5555		
	車台番号	EX66-6666		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号 AA-2222	
任意保険 (加害者)	保険会社名	●●●●損保 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL 048(329)0000	
	担当者名 / E-mail	ふりがな かいじょう 氏名 海上	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	
	任意対人一括の有無	(有) / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●病院	治療開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			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)・道路の状態(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 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下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
						
事故発生の状況(経緯)						
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役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。 年 月 日 届出者(被保険者): 印						

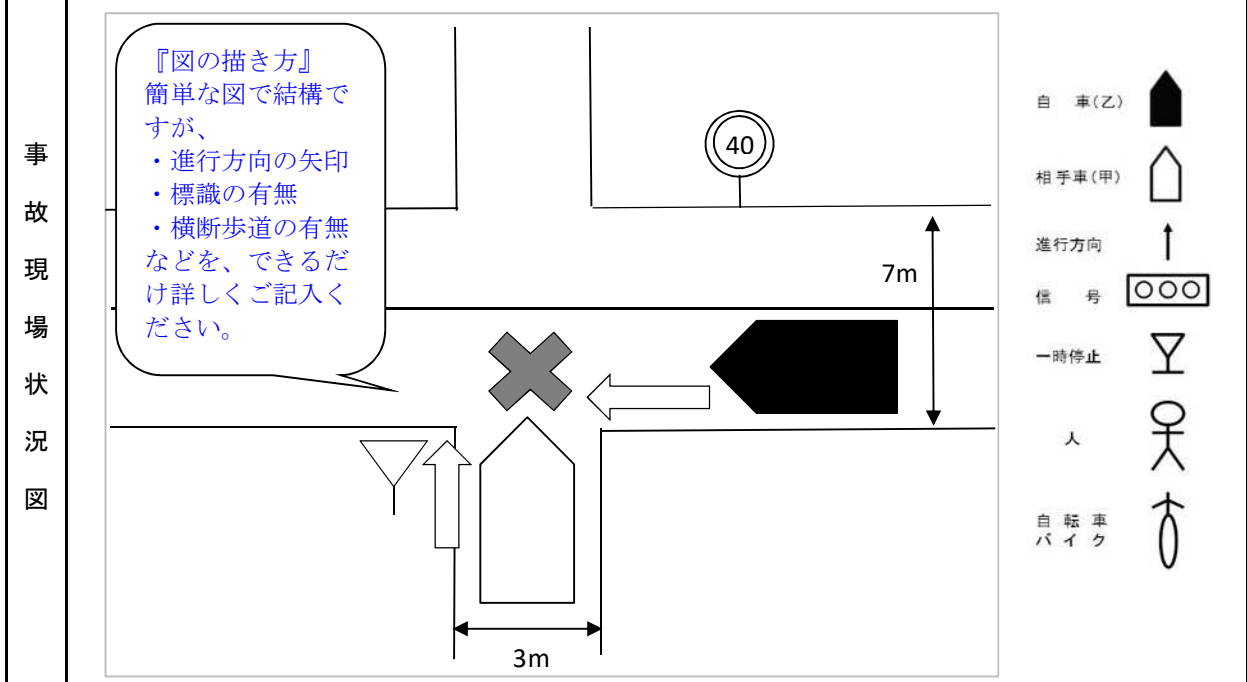
(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

事故発生状況報告書

記入例

事故証明書番号	第AB1234-5678号	当事者	甲 (加害者)	氏名 健保 太郎		
自動車の番号	大宮11あ2222		乙 (被害者)	氏名 健康 一郎		<input checked="" type="checkbox"/> 運転 ・ 同乗 <input type="checkbox"/> 歩行 ・ その他
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 ・ <input type="checkbox"/> 曇 ・ <input type="checkbox"/> 雨 ・ <input type="checkbox"/> 雪 ・ <input type="checkbox"/> 霧 ・ ()	交通状況	混雑 ・ 普通	<input checked="" type="checkbox"/> 閑散	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間 ・ 夜間 ・ 明け方 ・ 夕方
道路状況	舗装 (<input checked="" type="checkbox"/> してある ・ <input type="checkbox"/> してない) ・ 歩道 (<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) ・ 道路の見通し (<input checked="" type="checkbox"/> 良い ・ <input type="checkbox"/> 悪い) 中央車線 (<input checked="" type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない) ・ 道路の状態 (<input checked="" type="checkbox"/> 直線 ・ <input type="checkbox"/> カーブ ・ <input type="checkbox"/> 平坦 ・ 坂 ・ 積雪路 ・ 凍結路)					
信号又は標識	信号 (<input type="checkbox"/> ある ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない) ・ 自転車側信号 (青 ・ 赤 ・ 黄) ・ 相手方信号 (青 ・ 赤 ・ 黄) 駐停車禁止 (<input type="checkbox"/> されている ・ <input checked="" type="checkbox"/> されていない) ・ その他標識 (<input type="checkbox"/> 一時停止標識)					
速度	甲車両 30 Km/h(制限速度 30 Km/h) ・ 乙車両 40 Km/h(制限速度 40 Km/h)					

(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)



事故発生
の状況
(経緯)

乙は、見通しのよい片側1車線の国道を〇〇市の方へ時速40kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部と衝突しました。

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() <small>(パート・アルバイト含む)</small>
	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※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input checked="" type="checkbox"/> 加入無

上記内容に間違いありません。
 令和〇年〇月〇日 市町村へ 届出をする日 届出者(被保険者): 健康 一郎

(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下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

幸手市長 あて

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、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受け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、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

届出者（被保険者）

住所

氏名

（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

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条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。

同意書

私が加害者（健康太郎）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、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受け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、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 ○ 年 ○ 月 ○ 日

届出者（被保険者）

住所 ▲▲▲市▲▲▲ 1 1 - 1

氏名 健康 一郎



（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

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条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。

人身事故証明書入手不能理由書

幸手市長 あて

- 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。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 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 ○ 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】 _____ ○ 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 (判明している場合)	届出年月日	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 (_____)		

【 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。

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

幸手市長 あて

※ ○○健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、○○市、
○○国民健康保険組合、○○県後期高齢者医療広域連合 等

- 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。	<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 (判明している場合)	届出年月日	令和○ 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。

<input type="radio"/> 当事者	住所: 〒 340-0000	記載日	○ 年 ○ 月 ○ 日
<input type="radio"/> 目撃者	▲▲市▲▲▲ 1 1 - 1		
<input type="radio"/> その他 ()	氏名:	健康 一郎	
※ 該当する項目に○印をしてください		電話:	040 (333) 1111

(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 		

【 事案情報 被害者名： 健康 一郎 事故日： 令和〇年 〇月 〇日 】

○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		令和〇年 〇月 〇日 午後 3 時 30 分頃 天候 晴れ		
発生場所		▲▲市★★30-5		
当事者	甲	住所	▲▲市★★27-1 電話 048(112)1112	
		氏名	健保 太郎	生年月日 昭和32年 7月 7日 62才
		自賠責保険契約先	〇〇海上火災	自賠責保険証明書番号 第 AA-2222 号
		登録番号	▲▲55は5555	事故時の状況 <input checked="" type="radio"/> 運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	▲▲市▲▲▲11-1 電話 048(333)1111	
		氏名	健康 一郎	生年月日 昭和50年 1月 1日 45才
		自賠責保険契約先	◇◇損害保険	自賠責保険証明書番号 第 ZE25-1111 号
		登録番号	■ ■ 77ま7777	事故時の状況 <input checked="" type="radio"/> 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。

誓約書

貴 〃 の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため _____ 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 ⑩

保証人 住 所
氏 名 ⑩

幸手市長 あて

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
運 転 者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者	住 所			
	氏 名			

誓約書（記入例）

貴 ○×市町村 の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
相手方自賠責保険会社
- 3 上記1の支払いに充てるため **○×保険株式会社** 株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

誓約書は相手方に書いてもらう書類です。

相手方が提出しない場合は、その理由を空欄に記入して提出してください。

保証人になれるのは

- ・相手方の使用主
- ・相手方契約任意保険会社（対人賠償保険対応の時）
- ・相手方と生計の異なる者です。

この誓約書に記入した日

令和○年○月○日

誓約者 住所 **埼玉県さいたま市大宮区 1111-1**

氏名 **健保太郎**



保証人 住所 **埼玉県さいたま市満和区 333-33**

氏名 **山田康健**



幸手市長 あて

記

保有者	住所	埼玉県さいたま市大宮区 1111-1		
	氏名	健保太郎	証明書番号	AB1234-5678
運転者	住所	埼玉県さいたま市大宮区 1111-1		
	氏名	健保太郎	誓約者との関係	本人
被害者	住所	埼玉県さいたま市満和区 234-56		
	氏名	健康まもる		

自賠責保険
証明書番号

負傷（傷病）原因報告書

①日	時	年	月	日	午前・午後	時	分
②負傷（傷病）者	氏名 世帯主からみた続柄 生年月日 年 月 日 電話（ ）						
③医療機関名							
④診療年月日							
⑤負傷場所	自宅 ・ 会社内 ・ 学校内 ・ 路上 その他（ 市 ）						
⑥負傷時の状況	仕事中 ・ 通勤（通学）中 ・ その他（ ）						
⑦負傷（傷病）原因	交通事故 ・ 自損事故 ・ 仕事中 ・ 傷害事件 ・ 自傷行為 飼い犬（自己所有・他者所有） ・ 野良犬 ・ 飼い猫（自己所有・他者所有） ・ 野良猫 その他（ ）						
⑧相手の有無	相手あり ・ 相手なし ・ 相手不明						
⑨交通事故の場合 あなたの状況	車（運転者） ・ 車（同乗者） ・ バイク（原付含む） ・ 自転車 歩行者 ・ 車椅子 ・ その他（ ）						
⑩交通事故の場合 相手方の状況	車 ・ バイク（原付含む） ・ 自転車 歩行者 ・ 車椅子 ・ その他（ ）						
⑪交通事故・傷害事件 の場合警察への届出	届出済み（ 警察署 ・ 交番 ） ・ 未届						
⑫仕事の場合 労災加入の有無	加入 ・ 未加入 未加入の場合、その理由（ ）						
⑬労災加入の場合 労災適用の有無	労災適用あり ・ 労災適用なし ・ 労災に届け出していない 労災適用なしの場合、その理由（ ）						
⑭相手がいる場合 示談の有無	示談済み ・ 示談交渉中 ・ 示談していない ・ 相手に請求する意思はない						
⑮その他で相手がいる場合	相手の個人賠償保険（対人）の有無 あり ・ なし ・ 不明						

※該当する箇所に丸をつけていただき、必要に応じて括弧内にご記入ください。

上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

（あて先） 幸 手 市 長

住 所
世帯主
氏 名 印
(電話)

見本

負傷（傷病）原因報告書

負傷した日時を御記入ください。

①日 時	令和 〇年 〇月 〇日 午前・午後 〇時 〇分
②負傷（傷病）者	氏名 〇〇 〇〇 世帯主からみた続柄 本人 生年月日 昭和〇〇年〇月〇〇日 電話(〇〇-〇〇〇〇)
③医療機関名	〇〇病院
④診療年月日	令和〇年〇月
⑤負傷場所	自宅 ・ 会社内 ・ 学校内 ・ 路上 その他(市)
⑥負傷時の状況	工作中 ・ 通勤（通学）中 ・ その他()
⑦負傷（傷病）原因	交通事故 ・ 自損事故 ・ 工作中 ・ 傷害事件 ・ 自傷行為 飼い犬（自己所有・他者所有） ・ 野良犬 ・ 飼い猫（自己所有・他者所有） ・ 野良猫 その他()
⑧相手の有無	相手あり ・ 相手なし ・ 相手不明
⑨交通事故の場合あなたの状況	車（運転者） ・ 車（同乗者） ・ バイク（原付含む） ・ 自転車 歩行者 ・ 車椅子 ・ その他()
⑩交通事故の場合相手方の状況	車 ・ バイク（原付含む） ・ 自転車 歩行者 ・ 車椅子 ・ その他()
⑪交通事故・傷害事件の場合警察への届出	届出済み(警察署 ・ 交番) ・ 未届
⑫工作中的場合労災加入の有無	加入 ・ 未加入 未加入の場合、その理由 ()
⑬労災加入の場合労災適用の有無	労災適用あり ・ 労災適用なし ・ 労災に届け出ていない 労災適用なしの場合、その理由 ()
⑭相手がいる場合示談の有無	示談済み ・ 示談交渉中 ・ 示談していない ・ 相手に請求する意思はない
⑮その他で相手がいる場合	相手の個人賠償保険（対人）の有無 あり ・ なし ・ 不明

負傷者本人の繋がりがよい電話番号を御記入ください。（携帯電話など）

⑤～⑦で選択肢以外の場合は、「その他」に丸をつけていただき、カッコ内に詳しく御記入ください。

負傷原因が交通事故以外や工作中以外の方は、⑧より下は記入不要です。

負傷原因(⑦)が交通事故の場合、⑨～⑪を御記入ください。

負傷原因(⑦)が工作中的の場合、⑫～⑬を御記入ください。

⑧で「相手あり」の場合、該当する箇所に丸をつけてください。

負傷原因(⑦)が「その他」かつ⑧で「相手がいる」場合、該当する箇所に丸をつけてください。

※該当する箇所に丸をつけていただき、必要に応じて括弧内にご記入ください。

上記のとおり報告いたします。

令和 〇年 〇〇月 〇〇日

(あて先) 幸手市長

住所 幸手市〇〇〇〇〇〇

世帯主

氏名 〇〇 〇〇

(電話 〇〇-〇〇〇〇)

印