

第三者行為に係る書類の提出について

第三者行為（交通事故など）によって診療を受ける場合、その診療で保険証を使用するためには、「第三者行為による傷病届」等の提出が必要となります。記入例を参照のうえ書類をご記入いただき、「交通事故証明書（原本又は写し）」と併せて、速やかにご提出いただきますようよろしくお願いいたします。

※なお、窓口や電話で市の担当職員と話をした時点で、保険証は使用していただいて結構です。しかし、書類が最終的に提出されないと事務処理が進みませんので、書類は必ず提出してください。

【提出が必須の書類】

- 第三者行為による傷病届
- 事故発生状況報告書
- 同意書
- 交通事故証明書（原本又は写し、取り付け方は裏面参照）

【場合によって提出が必要な書類】

○誓約書

→相手方に記載していただく書類ですので、相手もしくは損保担当者に記載を依頼してください。ただし、取り付けできない場合、提出は不要です。

○人身事故証明書入手不能理由書（※裏面もあります）

→交通事故証明書が「物件事故」の場合にご提出ください。

○交通事故証明書入手不能理由書

→交通事故証明書が取り付けできない場合にご提出ください。

富士市役所 保健部 国保年金課 保険給付担当 TEL : 0545-55-2751

交通事故証明書の取り付け方法

- 原本ではなく、コピーでの提出も可。
- **損保会社の担当者にご確認ください。**
【損保会社に取り付けしていれば、そのコピーを依頼してください。】
- 「交通事故証明書」は、自動車安全運転センターにて発行されます（手数料がかかります）。
（静岡県事務所：静岡市葵区与一6丁目16-1 静岡県警察中部運転免許センター内 自動車安全運転センター TEL054-252-3191）
自動車安全運転センターに出向けない場合は、警察署、交番、保険会社等に申請書が備えてありますので、振込手数料を添えて郵便局から申請し郵送してもらう方法もあります。詳しくは、自動車安全運転センターにお問い合わせください。

事故照会番号		第 番号		との種類 本人・代理人	
発生日時	平成 年 月 日 午後 時 分 ころ				
発生場所	番地の5				
住所	番地の3				
氏名	生年	昭和 年 月 日	備考		
車種	自家用	車両	甲・乙以外の当事者有 (別紙のとおり) 2枚		
自賠責保険関係	有り 関東自動車共済協同組合		証明書番号		
状態	運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他				
住所	番地の5				
氏名	生年	昭和 年 月 日			
車種	自家用	車両			
自賠責保険関係	有り 東京海上日動火災		証明書番号		
状態	運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他				
事故類型	車両相互				
	人対車両	正面衝突	側面衝突	出っ払い衝突	追突
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類とその程度、事故のみにするものではありません。					
平成 年 月 日					
自動車安全運転センター					
静岡県事務所長					
証明番号	1/2		照会記録簿の種類	人身事故	

①
事故発生日時
事故発生場所

②
【相手方の自賠責】
契約保険会社名
保険証明書番号

※注意※
甲・乙のうち氏名等から相手方車両のものを御確認ください。

※注意※

枚数をご確認ください。多重事故の場合は複数枚ありますので、すべてご送付ください。

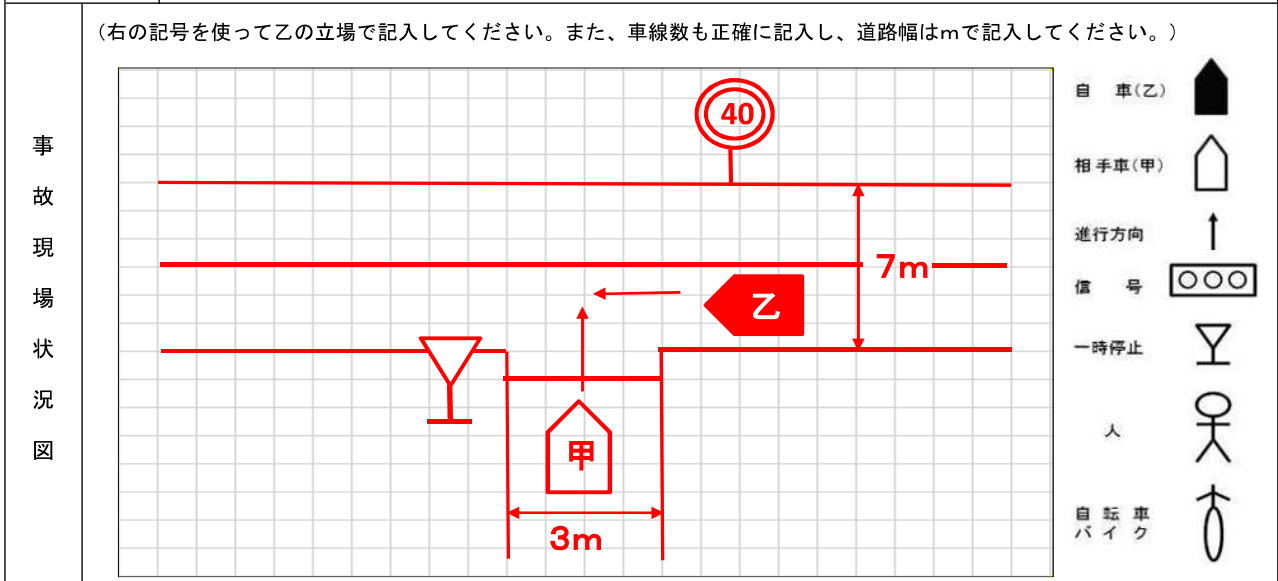
第三者行為による傷病届

項 目		内 容	
(被保険者等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 1234567	保険者名 富士市
	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>	ふりがな 氏名 国保 一郎 〒 417-8601 富士市永田町1丁目100番地	生年月日 昭和44年 1月 1日 TEL (51) 0123
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 国保 一郎 〒 417-8601 富士市永田町1丁目100番地	届出者との関係 本人 生年月日 昭和44年 1月 1日 TEL (51) 0123
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 加害 花子 〒 416-0906 富士市本市場432-1	生年月日 昭和44年 1月 1日 TEL (51) 1456
	住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>	
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 加害 花子 〒 416-0906 富士市本市場432-1	TEL (51) 1456
	住所 / 電話		
	事故発生日時	令和3年 6月 1日 午前 / 午後 1時 30分頃	
事故発生状況	事故発生場所	富士市本市場411-1	
	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) 自賠責保険	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 加害 花子
	登録番号 / 車台番号	登録番号 富士山123あ1234	車台番号 ABC-12-123456
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和3年 5月 1日 ~ 令和6年 5月 1日	自賠責証明書番号 第 AB1234567 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●損保 保険株式会社	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒 163-8001 東京都新宿区西新宿2丁目8-1	TEL 01(2345)6789
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 新宿 太郎	E-mail abc123@fuji.com
	保険契約者名	ふりがな 氏名 加害 花子	
	住所	〒 416-0906 富士市本市場432-1	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和3年 5月 1日 ~ 令和4年 5月 1日	契約番号 第 CD1234567 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 checked="" 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	① 診療機関名 富士市立中央病院	入院 有 / 無 治療開始日 令和元 年 6月 1日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号	〒	TEL 0545(52)1131
	※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
		〒	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	令和3年 8月 1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。

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 AA-1234 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 加害 花子		
自動車の 登録番号	富士山123あ1234		乙 (被害者)	氏名	国保 一郎	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: 不明 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 50 km/h (制限速度 40 km/h)					



事故発生の状況(経緯)

乙は、見通しの良い片側一車線の国道1号を〇〇市の方へ時速50km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た、乙車の左側前部と衝突しました。

被害者の負傷状況	日	<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日	<input 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 ()
	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 checked="" type="checkbox"/> 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 **3** 年 **8** 月 **1** 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

国保 一郎

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。

富士市 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 **加害 花子** 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 3 年 8 月 1 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 **富士市永田町1丁目100番地**

氏名 **国保 一郎**

(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

令和 3年 8月 1日

富士市長 殿

住所 富士市本市場432-1
損害賠償
義務者
氏名 加害 花子



国民健康保険
貴介護保険
高齢者医療
の被保険者 国保 一郎 殿が
国民健康保険法
介護保険法
高齢者医療確保法
指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱
に

よって受けた給付は、私の不法行為にもとづくものでありますので、貴保険者
広域連合 に

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日	令和3年 6月 1日
事故場所	富士市本市場444-1
被保険者	住所 富士市永田町1丁目100番地
	氏名 国保 一郎
支払方法	一括払 分割払 その他
備考	

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇海上火災保険

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。)

<p>理由</p> <p>※ 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。</p>	<ul style="list-style-type: none"><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 checked="" type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】事故当時異常なかったが、後日痛み出し、病院にて治療を受け、富士警察署に届け出たが事故日から2週間も経過したので、「人身事故」として受け付けてもらえなかった。		
◆ 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	富士 警察 国保 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和 3 年 7 月 1 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 checked="" type="radio"/> 当事者	住所：	〒 416-0906	記載日 令和 3 年 8 月 1 日
<input type="radio"/> 目撃者		富士市本市場432-1	
<input type="radio"/> その他（ ※ 該当する項目に ○印をしてください	氏名：	加害 花子	<input checked="" type="radio"/> 加害
	電話：	(51) 1456	

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（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		令和3年6月1日 午前 1時30分頃 天候 雨	
発生場所		富士市本市場441-1	
甲	住所	〒416-0906 富士市本市場432-1 電話 (51) 1456	
	氏名	加害 花子	生年月日 昭和24年2月1日 70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 AB1234567 号
	登録番号	富士山 123 あ 1234	事故時の状況 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	〒417-8601 富士市永田町1丁目100番地 電話 (51) 0123	
	氏名	国保 一郎	生年月日 昭和44年1月1日 50才
	自賠責保険契約先	◆◆損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号 第 CD1234567 号
	登録番号	富士山 123 あ 5678	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。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時	令和3年6月1日 午後1時30分頃		
発生場所	富士市本市場441-1		
加害者 (甲)	住所	富士市本市場432-1	
	氏名	加害 花子	生年月日 昭和24年2月1日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 富士山123あ1234
	自賠償保険契約先	〇〇海上火災	自賠償証明書番号 第 AB1234567 号
	事故時の状態	運転	
被害者 (乙)	住所	富士市永田町1丁目100番地	
	氏名	国保 一郎	生年月日 昭和44年1月1日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 富士山123あ5678
	自賠償保険契約先	◆◆損害保険	自賠償証明書番号 第 CD1234567 号
	事故時の状態	運転	
甲・乙 以外の 当事者	住所		
	氏名		車両番号
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号
交通事故証明書を入手できない理由			

上記理由により交通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。

令和3年8月1日

(甲) 住所 富士市本市場432-1
氏名 加害 花子

電話() 51 - 1456

印
害

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所
氏名

令和 年 月 日

印

電話() -