

様式第2号(第4条関係)
記載例

第三者行為による被害届

XX年XX月XX日

〇〇市長 様 世帯主(被保険者) (〒 XXX-XXXX) 住所 〇〇市△△町××番地
氏名 被害 一郎 電話 XXXX-XX-XXXX



下記の通りお届けします。

事故発生日	XX年XX月XX日 午(前・後)XX時XX分	事故発生 場所	〇〇市△△町××番地			
事故原因と状況	信号のない交差点において、出会い頭に衝突した。					
被害者名 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	XXXXXXXXXX	職業			
	フリガナ	ヒカイ タロウ	続柄	子	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男・女	
	氏名	被害 太郎	生年月日	XX年XX月XX日		
第三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏名	加害 次郎	生年月日	XX年XX月XX日	
		住所	(〒XXX-XXXX) 〇〇市△△町××番地			
		職業	会社員	電話	XXXX(XX)XXXX	
	保 有 者	氏名	同上	生年月日	XX年XX月XX日	
		住所	(〒 -)			
		職業		電話	()	
		運 転 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	契 約 者	氏名	同上	生年月日	XX年XX月XX日	
		住所	(〒 -)			
		職業		電話	()	
		運 転 者 との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
	自 賠 責 保 険	<input checked="" type="checkbox"/> 有	保険会社	東海損害保険	証 明 書 番 号	XXXXXXXXXX
<input type="checkbox"/> 無						
任 意 保 険 (対人)	<input checked="" type="checkbox"/> 有	保険会社	あんしん損害保険	支 店 名	課 名	担 当 者 名
				〇〇サービス センター		損保 一夫
	<input type="checkbox"/> 無	証券番号	XXXXXXXXXX	電 話	XXXX(XX)XXXX	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷 病 名	初 診 日	XX年XX月XX日		
当 初	〇〇市△△町××番地	左手首捻挫	保 険 診 療	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
	〇〇病院		保 険 診 療 開 始 日	XX年XX月XX日		
転 医 後	〇〇市△△町××番地	同上	診 療 見 込 期 間	2ヶ月		
	〇〇整形外科		診 療 見 込 金 額	未定 円		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 委任状 2. 事故発生状況報告書 3. 交通事故証明書 4. 念書等

事故発生状況報告書

保険証明書番	第 XXXXXXXX 号	当	甲(運転者) 氏名	加害 次郎	
自動車番号	〇〇 XXX 〇 XXXX	事	乙(被害者) 氏名	被害 太郎	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 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 (両・片)	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂	見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪・凍結	
信号・標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停車禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	一時停止	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
速度	甲車両 40km/h (制限速度 40km/h)		乙車両 10km/h (制限速度 40km/h)		
事故現場に於ける事故状況を詳しく図示してください	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)				
上記図の説明を書いて下さい。	信号のない交差点を直進しようとしたとき、右方から相手車が来て衝突した。				
	自車側に一時停止標識あり。				

別紙交通事故説明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

XX 年 XX 月 XX 日

報告 甲との関係 ()

乙との関係 (本人)

被害 太郎 印

国及び 豊川市 御中

同意書

私が加害者（加害 次郎）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等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、国が加害者又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なと認める場合、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、保険給付後に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、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。

XX 年 XX 月 XX 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 ○○市△△町××番地

氏名 被害 太郎

(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、損害賠償金の徴収又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。

※加害者の協力が得られない場合は「取付不能」と記載してください。

誓 約 書

平成XX年XX月XX日、XX時XX分（〇〇市△△町XX番地）
において、私の不法行為により被害者（被害太郎）様の被った保険
事故による診療費のうち、貴市で保険給付を行なった分について、国民健康保
険法第64条の規定により、後日貴市から損害賠償金の請求を受けたときは、
速やかに支払うことを誓約いたします。

年 月 日

豊川市長殿

住 所

氏 名 加害次郎 印

東海損害保険 保険会社 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。	<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。) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;">【理由】</div>
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content;">【理由】</div>
◆ 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	<input type="radio"/> 警察 担当官 (判明している場合)
届出年月日	XX年 XX月 XX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、人身事故の事実相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他() ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒XXX-XXXX 記入日 XX年XX月XX日 ○○市△△町××番地 氏名 加害 次郎 (印) 電話 XXXX (XX) XXXX

(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
年 月 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
年 月 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
年 月 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

記載例

発 生 年 月 日 時		XX年XX月XX日 ^{午前} XX時XX分頃 天候 曇り _{午後}			
発 生 場 所		〇〇市△△町××番地			
当 事 者	甲	住 所	〇〇市△△町××番地 電話 XXXX (XX) XXXX		
		氏 名	運転 一郎	生 年 月 日	XX年XX月XX日(XX)才
		自賠償保 険契約先	あんしん損害保険	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 XXXXXXXXX 号
		登録番号	〇〇 XXX 〇 XXXX	事 故 時 の 状 況	⓪ 運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他
	乙	住 所	〇〇市△△町××番地 電話 XXXX (XX) XXXX		
		氏 名	加害 次郎	生 年 月 日	XX年XX月XX日(XX)才
		自賠償保 険契約先	東海損害保険	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 XXXXXXXXX 号
		登録番号	〇〇 XXX 〇 XXXX	事 故 時 の 状 況	⓪ 運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他
	丙	住 所	〇〇市△△町××番地 電話 XXXX (XX) XXXX		
		氏 名	被害 太郎	生 年 月 日	XX年XX月XX日(XX)才
		自賠償保 険契約先		自賠償保 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
		自賠償保 険契約先		自賠償保 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	
	自賠償保 険契約先		自賠償保 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。

記載例

委任状兼同意書

事故発生年月日	XX年XX月XX日	事故発生場所	〇〇市△△町××番地
受給者氏名	被害 太郎	相手方(第三者) 氏 名	加害 次郎

- 1 上記事故に係る「〇〇市子ども医療費助成条例」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を〇〇市長に委任します。
また、〇〇市が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。
- 2 上記事故に関して、愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - (2) 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - (4) この委任状兼同意書をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が〇〇市による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - (1) 治療が完了したときは、必ず〇〇市に申し出ること。
 - (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって〇〇市にその内容を申し出ること。
 - (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - (4) 相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく〇〇市に届け出ること。

XX年XX月XX日

住 所 〇〇市△△町××番地

氏 名 被害 太郎 印

親権者 被害 一郎

印

〇〇市長 様

(注1) 受給者（子ども医療の場合は、対象となる「子ども」）が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

(注2) 委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。