

第三者行為(交通事故等)の提出書類

1. 負傷届

○詳細にご記入下さい。(捺印1箇所)

2. 事故発生状況報告書

○詳細にご記入ください。相手方を甲(加害者)、ご自分を乙(被害者)として
ご記入ください。(捺印1箇所)

3. 念書(兼同意書)(被保険者・被扶養者)

○必ずご記入ください。(捺印1箇所または2箇所)

4. 誓約書(加害者)

○必ず相手方に記入してもらい添付してください。(相手方捺印1箇所)

5. 念書(損保会社)

○念書(損保会社)は相手方が任意保険に加入しているなら記入してもらい
添付してください。

6. 人身事故証明書【交通事故証明書】

○必ず【原本】を添付してください。

* 損保会社の”原本と照合済”印があり、損保会社名、所在地、電話番号、
担当者の印がある場合は写しでも可。

* 交通事故証明書は『自動車安全運転センター』にて請求できます。所在地の
各警察署に問合せください。

* 物損で事故を処理した場合は、物損事故証明書の原本と、
人身事故証明書添付不能理由書を添付してください。

7. 相手方自賠償保険・任意保険証書(写)

○入手可能な場合は添付してください。

8. 人身事故証明書入手不能理由書

○事故証明を物損で処理した場合必ず必要です。運転者(甲)は相手方、被害者(乙)が
ご自身です。(甲(相手方)の署名捺印1箇所) 人身事故証明書入手不能理由には「軽
症であったので物損であげた為」等、ご記入ください。

* 用紙の下から二枠目の運転者(甲)の署名捺印の取りつけが困難な場合は、
ご自身の署名捺印でも結構です。

【その場合は、運転者(甲)を二重線で消し、被害者(乙)に訂正して下さい】

※自分の過失割合が大きく、加害者である場合でも、この届出の書類上は事故の相手
方を加害者として記入してください。

※示談される場合は必ず健康保険組合までご連絡ください。

※示談終了後は健康保険で治療を受けることが出来ませんのでご注意ください。

令和 年 月 日迄に提出下さい

大阪自動車整備健康保険組合

担当 亀井

TEL 06-6762-6371

常務理事	事務長	部長	課長	担当

負 傷 届 (第三者行為その他) 様式第一号

負 傷 者	被保険者証の 記号・番号	—	被保険者氏名	印	職 種		
	被保険者の住所	〒 _____ 団地 _____ 棟 _____ 号 _____ アパート名 _____ () _____					
	勤務先の名称	〒 _____ () _____		所在地	_____		
	負傷者が被扶養者 であるとき	氏 名	大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		続 柄	_____	
事 故 の 内 容	負傷したときにしていた仕事の内容・目的・行先などを詳しく記入してください。						
	負傷年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	午前 _____ 時 _____ 分頃	負傷発生 の場 所	_____		
	診 療 を 受 け た と き	傷 病 名	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日初診開始		即 死	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
		治療期間	(入院) 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	(通院) 自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	入院後死亡	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	治療見込	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から約 _____ 日	後遺症	の ころ ・ の ころ ない			
	医療機関名	〒 _____ () _____		所在地	_____		
	診療費の 支払方法	健康保険・自 費 ・その他(支払人 _____)					
	警察への届出	届出済・届出なし・わからない・所轄署 _____			警察署・派出所 _____		
	事故発生 状況 (詳細に 記入)	事故現場の見取図			_____		
	加 害 者	加害者氏名	明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生		住 所	_____	
勤務先の 名称および 所在地		〒 _____ () _____		使用者(自動車 保有者等)	_____		
加害者が不明のときは その理由		_____					

(注意) 第三者行為による負傷以外は [] 内のみ記入してください。
又事故発生状況、事故現場の見取図について該当欄にかききれないときは、別紙に記入の上当届に添付してください。
交通事故の場合は所轄警察署の証明書を添付してください。

自 動 車 で 事 故 が 生 じ た と き	自動車損害賠償責任保険	加入している 加入していない	契約期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	任意保険	加入している 加入していない	契約期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
損 害 賠 償 受 領 の 内 容 状 況	保険会社の名称	〒 _____ () _____		所在地	_____	
	保険加入証の記号番号	自 賠 保 険 第 _____ 号	任 意 保 険 第 _____ 号	保 險 第 _____ 号	保 險 第 _____ 号	
	加入者氏名	_____		種 別	_____	
	加入者氏名	_____		種 別	_____	
	車台番号	第 _____ 号		登録番号	第 _____ 号	
	保険金(賠償金)の請求	した しない	氏 名 請求者 住 所	_____		
	賠償金(賠償金)受領額	_____ 円			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領	
	仮渡金(賠償金)受領額	_____ 円			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領	
	賠償金請求	済 ・ 未	賠償金受領	済 ・ 未		
	示 談 成 立 の 状 況	種 別	金 額 (円)		受 領 方 法	全 額 _____ 円
医 療 費		_____		受 領 方 法 () 回 払	分割 第一回 _____ 円	
慰 謝 料		_____			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領	
葬 祭 費		_____			第二回 _____ 円	
休 業 補 償 費		_____			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領	
		_____		第三回 _____ 円		
		_____		平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領		
計	_____		第四回 _____ 円	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 受領		
示談	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 成立	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 現在	交渉中 成立していない	請求権を放棄した 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
備 考	示談の成立していないときは、その理由および経過について詳細に記入して下さい。 (示談成立しているときは、その写しを添付してください。)					

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告致します。

甲(甲者の運転者)	氏名	乙(被害者)	氏名	運転・同乗 { 加害車 他方車 歩行・その他()		
該 記 当 項 目 に 下 さい。○印等 を	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 見 通 し { 良い 悪い	歩 道 (両・片) { ある ない 積 雪・凍 結 環 境 { 商店街・住宅街・田園(郊外) 国道・バイパス・山間地・その他()			
	信 号 又 は 標 識	信 号 { ある ない	駐・停 車 禁 止 { されている されていない	その他の標識 ()		
	速 度	加害者 km/h (制限速度 km/h), 他方車 km/h (制限速度 km/h)				

事 故 現 場 に 於 け る 自 動 車 と 被 害 者 と の 状 況 を 図 示 し て 下 さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 加害者 他方車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自転車 オートバイ </div>
--	---

上 記 図 の 説 明 を 書 い て く だ さい。	_____ _____ _____ _____
---	----------------------------------

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車があり、判明している場合にはご記入ください。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話)
保 有 者	〒 住 所	氏名 (電話)	

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 () 氏名 _____ 印 _____
 乙との関係 ()

念書（兼同意書）

平成 年 月 日（ ）において
令和（ ）の不法行為により（ ）の被った
保険事故について、健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を健康保険法第57条の規定によって貴組合が給付の価格の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、損害保険会社等へ医療費等の請求をする際、病名・医療費の額等が明記されている診療報酬明細書等の写を活用することに同意します。

また、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 治癒、治療中止、治療終了または症状固定と診断された場合は必ず貴職に申すこと。
2. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 加害者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、かつ遅滞なく貴職に届出ること。

令和 年 月 日

郵便番号
住 所

被保険者名 ①

被扶養者名 ①
(被扶養者がうけた事故であるときは連名でご記入ください。)

大阪自動車整備健康保険組合理事長 様

※写しを取って控えとしてお持ち下さい

誓 約 書

平成
令和 年 月 日(場所) において
私の不法行為(交通事故)による傷病で被害者 が
健康保険法による保険給付を受け貴組合より健康保険法第57条により、保険
給付を行った価格の限度において返還請求を受けたときは、私が誠意を持っ
て確実にお支払することを誓約します。

なお、万一この申立に反する場合はどのような措置をとられても異議はありません。

令和 年 月 日

住 所
氏 名
電 話

印

加害者が学生若しくは無職の場合の保証人

住 所
氏 名
電 話

印

加害者との関係()

大阪自動車整備健康保険組合 理事長殿

念 書

今般、当社の保険契約者 殿と貴健康保険組合
被保険者・被扶養者 殿との間で発生した第三者
行為傷害について貴組合の被保険者証を使用して治療を受けるにあたり、後
日貴組合から請求を受けたときは、過失相殺することなく請求額の全額を可
及的速やかに支払い、貴組合に対し迷惑をかけないことを確約します。

なお、被害者との間で示談するときは、必ず前もって組合あてに連絡いた
します。

令和 年 月 日

住 所

保 険 会 社 名

担 当 者 名

印

電 話

大阪自動車整備健康保険組合 理事長殿

人身事故証明書入手不能理由書

御中

当事者	運転者(甲)	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明大昭平	年 月 日 ()オ
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第	号
		登録番号	車台番号		
	被害者(乙)	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明大昭平	年 月 日 ()オ
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第	号
		登録車台番号	事故時の状態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候
発生場所		において			
届出警察		警察担当官	届出年月日	年 月 日	
甲・乙以外の当事者	住所	氏名			
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第	号	
人身事故証明書入手不能理由					
添付書類 ・ 事故車両の写真・修理見積書および示談書 ・ 車台番号契約の場合 — 車検証写又は登録済証写 ・ 物損事故届のある場合 — 当該事故証明書 ・ 構内事故の場合 — 構内責任者の事故現認書					
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。					
運転者(甲)		住所	年 月 日		
取付不能の場合に限り保有者(使用者)		氏名	印	電話 ()	
上記事故を目撃したことを証明いたします。					
目撃者		住所	年 月 日		
		氏名	印	電話 ()	