

交通事故、自損事故、第三者(他人)等の行為による傷病(事故)届

| | | | | | |
|------------------------------|---------------|------------------------------------|---------------|---------------------|----------------------|
| 届出者 | 被保険者証 記号番号 | 被保険者 氏名 | ④ | 職種 | |
| | 事業所名 (勤め先) | 所在地 (勤め先) | 〒 () | | |
| 被害者 (受診者) | 氏名 | 男 女 | 才 | 続柄 | 住所 〒 () |
| | 事故内容 | 自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷・その他() | | | |
| | 警察への届出有無 | 有:人身事故・物損事故 ※注1() 警察署 無:(理由) | | | |
| 加害者 (第三者) | 氏名 | 男 女 | 才 | 住所 | 〒 () |
| | 勤務先 又は職業 | 所在地 | | 〒 () | |
| 加害者が不明の理由 | | | | | |
| 事故発生 | 年 月 日 | 前 後 | 時 分 | 発生 場所 | 市 町 村 |
| 過失の度合 | (自分) 被害者 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 | | (相手) 加害者 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10 |
| 事故の相手の自動車保険加入状況 | | | | | |
| 傷病が 交通事 故によ るた り | 自賠 | 保険会社名 | 取扱店 所在地 | | 〒 () |
| | 責 | 保険契約者名 (名義人) | 住所 (所在地) | | 関係 保有者との 加害者との |
| | 保 | 自動車の種別 | 府県名 | 登録番号 | 車台番号 |
| | 険 | 自賠責証明書番号 | 保険期間 | | 自 年 月 日 至 年 月 日 |
| | | 自動車の保有者名 | 住所 (所在地) | | 加害者 との関係 |
| | 任意 | 保険会社名 | 火災海上(株) 農協 | 取扱店 所在地 | |
| | 保険契約者名 | 住所 (所在地) | | 〒 | |
| | 契約証書番号 | 保険期間 | | 自 年 月 日 至 年 月 日 | |
| 任意 | 保険契約期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | 任意一括について ※注2 有・無 | |

※注1

物損事故で
処理した場合
別途「人身事故証明入手不能届」
の提出を求める場合があります。

※注2

任意一括とは、自賠責保険だけの対応では
なく、任意保険が対応している場合です。

受付日付印

| | | | | | |
|--|---|---------------------|----|--|-------------------|
| 治療状況 (治療順) | ① | 名称 | 入院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| | | 所在地 | 通院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| | ② | 名称 | 入院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| | | 所在地 | 通院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| | ③ | 名称 | 入院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| | | 所在地 | 通院 | 年 月 日から 年 月 日まで | 自費・加害者負担・自賠責・社会保険 |
| 治療見込み (治療終了日) | | 年 月 頃 (年 月 日終了) | | (注)治療費の支払区分を医療機関に確認して○で囲んでください。 治療が終了しているときは、最終受診日をご記入ください。 | |
| 休業 補償 | 休業(治療)中の休業補償の方法(記号に○をつける) ア 加害者が負担 イ 職場から支給 ウ 自賠責へ請求 エ 社会保険へ傷病手当金 オ その他 (被害者加入の人身傷害保険へ請求など) の請求予定 | | | | |
| 示損 害 談 償 の 支 状 払 状 況 | 示談又は和解(該当に○をつける) ※示談している場合は、示談書の写しを添付すること した・交渉中・しない(理由) 加害者や損害保険会社からの仮渡金・治療費・付添料などもらった場合や示談・話し合いの 状況を具体的に記入すること。 【受領日・金額】 【受領したものの名目】 月 日 円 () 月 日 円 () 月 日 円 () | | | | |
| 交通事故以外の被害行為(飼犬等の咬傷を含む)の場合は、事故発生状況を下欄に具体的 に記入して下さい。 ※交通事故の場合はこの欄に記入せず、事故発生状況報告書に記入して下さい。 (事故発生状況) | | | | | |

人身事故証明書入手不能理由書

(表面)

■ 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。</p> <p>※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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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 solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> その他(理由を具体的に記載してください。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">【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 | 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、発行日時、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を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。 | |
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 当事者<input type="checkbox"/> 目撃者<input type="checkbox"/> その他() <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> | <p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 () _____</p> |

(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 |
|-------|--|---|
| 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

(物損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 | | 年 | 月 | 日 | 午前 午後 | 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。