

【交通事故用】 記載方法について

様式 33

第三者行為による傷病届（交通事故）

作成年月日 年 月 日 本届を損害保険会社等の支援を受け作成した場合はチェック → ☐

届出者	被保険者記号・番号	1 3 -		電話番号	()		
	世帯主氏名			生年月日	年 月 日		
事故発生状況	事故発生日時	年 月 日		午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所						
	労災保険対象の確認	労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ですか → はい / いいえ					
被害者(受診者)に関する事項	被害者氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日		
	世帯主との関係			電話番号	()		
	住所	〒 -					
	被害者加入の保険会社	保険会社名	※関与がない場合は記入不要		電話番号	()	
		担当部署			担当者名		
加害者(第三者)に関する事項	本人	氏名	ふりがな		電話番号	()	
		住所	〒 -				
	使用主 ※本件に関与する場合は記入	事業所名			担当者名		
		住所	〒 -		電話番号	()	
	自賠責保険	保険会社名					
		契約者名			証明書番号	第	号
	任意保険	保険会社名			電話番号	()	
		契約者名			担当者名		
		住所	〒 -				
		担当部署					
治療状況	傷病名			診療開始年月日	年 月 日		
				診療見込期間	日間		
	診療機関名	①	入院 / 外来	電話番号	()		
		②	入院 / 外来	電話番号	()		
		③	入院 / 外来	電話番号	()		

※届出時点で不明な事項については未記載で提出し、判明し次第渋谷区国民健康保険課給付係へご連絡ください

不明な項目については未記載で構いません

届出者は世帯主です。
世帯主の情報をご記入ください。

労災保険に該当する場合は、保険給付分の医療費（7割 or 8割）を受診者が渋谷区国民健康保険に返還したのちに、受診者から労働基準監督署へご申請いただくことになります（詳細は会社におたずねください）。

被害者の情報をご記入ください

加害者の情報をご記入ください。

(※1)加害者が任意保険に加入されている場合、電話番号と担当者名を把握している場合は必ずご記入ください。手続きにあたり必要な情報となります。

(※2)加害者が不明な場合は、未記載で構いませんが、提出後加害者が判明した場合は、渋谷区渋谷国民健康保険課給付係までご連絡ください。

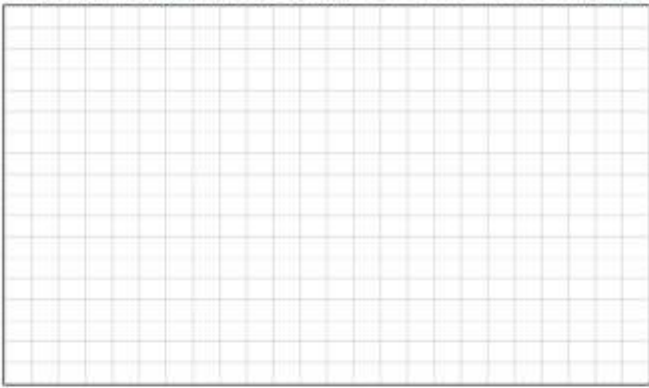
診療機関名欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください（書式は問いません）。

事故発生状況報告書(交通事故)

加害者氏名 (甲)			被害者氏名 (乙)			
被害者の負傷 状況	移動状況	☐ 運転 ☐ 同乗 ☐ 歩行 ☐ その他()				
	日	☐ 出勤日 ☐ 休日(定休日・休暇を含む) ☐ その他()				
	時間帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途中 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他()				
	場所	☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ 会社内 ☐ その他()				
天候: ☐ 晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雪 ☐ 霧 ☐ その他()						
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: ①舗装(してある・していない) ②歩道(ある・ない) ③道路の見通し(良い・悪い) ④中央車線(ある・ない) ⑤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: ①信号(ある・ない) ②白車線信号(青・赤・黄) ③相手側信号(青・赤・黄) ④駐停車禁止(されている・されていない) ⑤その他標識()						
速度		甲車両(加害者): km/h(制限速度 km/h)		乙車両(被害者): km/h(制限速度 km/h)		

事故発生時の被害者の負傷状況についてご記入ください。

事故発生時の交通状況について分かる範囲でご記入ください。

事故現場状況図	右の記号を使用し乙(被害者)の立場でご記入ください。また、車線数も記入し、道路幅はmで示してください。	
		 居 家(乙)  相手車(甲)  通行方向  車 線  一時停止  人  自転車 バイク
事故発生 の状 況 (経緯)		

図の大きさが小さく書ききれない場合などは、別紙にご記入いただいても構いません(様式は問いません)。

当報告書を作成した方のお名前をご記入ください。届出者は被害者、加害者、保険会社担当者いずれの方でも構いません。

上記に間違いありません。

年 月 日	届出者 _____
-------------	-----------

※未成年の場合は親権者等

(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、届出者の署名をお願いいたします。

渋谷区長殿

同意書

私が加害者_____に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条1項により、渋谷区国民健康保険(以下、渋谷区国保という)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 渋谷区国保(注1)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、渋谷区国保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 渋谷区国保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 渋谷区国保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、次の事項を守れ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

受診者(未成年の場合は親権者等)

住所_____

氏名_____

(注1) 国民健康保険法第64条3項に基づき、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。

関係機関との情報のやり取りに対する同意や、渋谷区国民健康保険が負担している保険給付分の医療費(7割or 8割)に係る損害賠償請求権保護のために、加害者との示談を行う場合等には申出いただくことにお約束いただくため同意書になります。

加害者の氏名が不明な場合は、未記載で構いません。

受診者(被害者)の情報をご記入ください。

加害者側の記載書類

誓 約 書

私は、国民健康保険の被保険者(被害者)_____様が受けた保険給付について、渋谷区が国民健康保険により負担した費用を、保険給付確定時に過失割合に応じてお支払いします。
上記のとおり誓約します。

年 月 日

誓約者

加害者 住 所
氏 名

(加害者側)

損害保険会社 住 所
氏 名

渋谷区長 殿

加害者か加害者の保険会社のいずれかの署名をいただく書類です。
※加害者側と連絡を取っていない場合には、空欄のままご提出ください