

「第三者行為による傷病届」・「同意書」の記入にあたって

○「第三者行為による傷病」って？

交通事故など第三者（本人以外の他人）の行為によって被ったけがや病気のこと。交通事故以外にも、けんかや他人の飼っている犬に咬まれた場合などが、第三者行為にあたります。

○なぜ届け出が必要なの？

交通事故など第三者行為によって負傷した場合、本来その治療費は、相手方が過失割合に応じて負担すべきものです。

第三者行為による負傷でも、国民健康保険を使って治療を受けることができますが、この場合、相手方が負担すべき治療費を**保険者（市町村）**がいったん立て替えます。そして、後から、立て替えた治療費（医療費）を相手方に請求することになります。

保険者（市町村）が相手方に請求するためには、相手が誰なのか、事故はどのような状況で起きたのかななどを詳しく知る必要があります。

この届はそのために記入していただくもので、第三者行為による負傷で国民健康保険を使った場合には、届け出が義務付けられています。

○「交通事故証明書」はどうやって取るの？

負傷の原因が交通事故の場合は、事故事実の確認と自賠責保険（共済）への請求のため、交通事故証明書も提出していただきます。証明書は、警察に事故の届け出をしていれば、自動車安全運転センターが発行します。（交付手数料が1通につき600円必要です）。

申請方法は、センター事務所の窓口で直接申し込む方法と、郵便振替で申し込む方法があります。郵便振替の場合は、警察署、交番、駐在所等に備え付けてある「交通事故証明書郵便振替申込書」に必要事項を記入のうえ、最寄の郵便局で郵便振替にて申し込んでください（別途払込手数料が必要）。

なお、交通事故証明書は、原本を提出してください。ただし、証明書の申請者が原本証明している場合は、写しでも結構です。

自動車安全運転センター岡山県事務所
岡山市御津中山444-3
岡山県運転免許センター1階
TEL (0867) 24-4360

○記入上の注意

必要な箇所にできるだけ詳しく記入又は口をチェックしてください。

【第三者行為による傷病届】

①「届出者（被保険者名等）」欄

- ・国民健康保険証の記号番号を記入してください。
- ・世帯主の方の氏名等を記入してください。

②「被害者（受信者）」欄

- ・第三者行為によって負傷した被保険者について記入してください。
- ・世帯主の方が負傷され、①の情報と同じ場合は、口に✓してください。

③「加害者（第三者）」欄

- ・「相手方（運転手）氏名」：負傷させられた相手方について記入してください。
- ・「雇用主（車の保有者）名称及び氏名」：相手方が業務上で事故を起こしている場合はその雇用主について、また、事故を起こした者と車の所有者が異なる場合はその所有者について記入してください。

④「事故発生状況」欄

- ・日時、場所などは交通事故証明書から転記してください。届け出に間に合わない場合は、記憶に基づきできるだけ正確に記入してください。
- ・労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故でない場合は、口に✓してください。

⑤「自賠責保険（加害者）」欄

- ・自賠責保険（共済）の契約会社名、登録番号（車両番号）、自賠責証明書番号は交通事故証明書から転記してください。届け出に間に合わない場合は、記憶に基づきできるだけ正確に記入してください。その他はわかる範囲で記入してください。

⑥「任意保険（加害者）」欄

- ・加害者（第三者）が任意保険（対人賠償保険）に加入しているか確認し、加入していれば「保険会社名」、「担当者名」、「連絡先電話番号」「保険契約者名」「住所」を記入してください。その他はわかる範囲で記入してください。

⑦「被害者加入の保険会社の関与」欄

- ・被害者（被保険者）が加入している保険会社がありましたら、「保険会社名」、「担当者名」、「連絡先電話番号」を記入してください。
- ・被害者が加入している保険会社が関与していない場合や、加入している保険会社がない場合は口に✓を入れてください。

⑧「治療状況」の欄

- ・届出の時点で、被害者が受診した医療機関名と治療開始日（初診日）を記入してください。また、治療が終わった場合は、治療終了の欄にその日にちを記載してください。
- ・入院があった場合は「有」に、なかった場合（外来の場合）は「無」に○を付けてください。

⑨「傷病届作成日」の欄

- ・傷病届を記入した日にちを記入してください。
- ・傷病届を記入するにあたり、損保会社の担当者に手伝ってもらい、提出した場合は、右下の口に✓を入れてください。

【事故発生状況報告書】

⑩「事故証明書番号」「自動車の登録番号」「加害者名」「被害者名」の欄

- ・交通事故証明書から転記してください。
- ・その他、事故時の天候、交通状況、道路状況等について、を当てはまるものに○を付けるか、記入してください。

⑪「事故現場状況図」「事故発生の状況」の欄

- ・交通事故の場合、事故発生に至った状況を、見取図を書いてできるだけ詳しく説明してください。

交通事故以外の場合：どのようにして負傷したかを、状況説明欄に具体的に記入してください。

- ・被害者の負傷の状況について、を当てはまるものに○を付けるか、記入してください。

【人身事故証明書入手不能理由書】

交通事故証明書が入手できなかったり、「物件事故」扱いとなっている場合は、人身事故証明書入手不能理由書を提出することで「人身事故」として取扱いができるようになります。

⑫「理由」の欄

- ・交通事故証明書を入手できなかった理由を記載してください。
- ・その他、事故時の天候、交通状況、道路状況等について、を当てはまるものに○を付けるか、記入してください。

⑬「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。」の欄

- ・原則、加害者（相手）の方に署名してもらいます。どうしても署名してもらえなかった場合は、被害者の方が署名し、欄外（空いているところ）に、加害者の方に署名してもらえなかった理由を記載してください。いずれの場合も必ず押印が必要です。

○「同意書」について

- ⑭・あなたが事故の治療に国民健康保険を使った（保険給付を受けた）場合は、本来相手方が負担すべき医療費を保険者（市町村）が立替払いしているので、その立て替えた（保険給付した）額を限度に、保険者（市町村）が相手方に請求し、受領することについて、異議がないことを確認するものです。

なお、本文では相手方を「加害者」と表記しています。一般的には過失割合の大きい方を加害者、小さい方を被害者と呼びますが、実務上、過失の大小にかかわらず相手方を加害者として取り扱っていますので、悪しからずご了承ください。

- ⑮・個人情報保護法の施行に伴い、個人情報を取得するときにはその利用目的を通知又は公表すること、また、この個人情報を第三者へ提供する場合には本人の同意が必要となりました。

今回提出いただく「第三者行為による傷病届」、「同意書」や「交通事故証明書」、医療機関からの診療報酬明細書（レセプト）などのあなたの個人情報は、損害賠償金請求（立て替えた医療費の請求）及び損害調査（損害賠償金額算定にあたっての関係機関への照会、交渉等）にのみ利用・提供します。本文に具体的内容を記載していますので、必ずよくお読みください。

なお、本文中「岡山県国民健康保険団体連合会」と記載があるのは、保険者（市町村）がこの損害賠償金請求事務を岡山県国民健康保険団体連合会に委託することがあるためです。（国民健康保険法第64条第3項に国民健康保険団体連合会に委託することができる」と規定されています。）

損害賠償金請求のためには、個人情報の提供は必要不可欠となりますので、ご理解のうえ同意をお願いします。

- ⑯・示談に関して遵守していただく事項です。示談の内容によっては保険者（市町村）が相手方に請求できなくなる場合がありますので、示談する場合は事前に保険者（市町村）に相談してください。また、示談した場合は、示談書の写しを提出してください。

- ⑰・「第三者行為による傷病届」の「傷病者」が自書により署名をしてください。署名ではなく、パソコンなどから印刷したり、スランブ印を使った場合は捺印が必要となります。もし、傷病者が未成年又は意識不明や心神喪失などの場合は、親権者や後見人等の関係者が署名・捺印し、欄外に代筆者の氏名と続柄を記載してください。

第三者行為による傷病届

【記入例】

項 目	内 容
① 被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 0●●●●●●●● 岡山県後期高齢者医療広域連合
届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 ふりがな こうき いちろう 氏名 後 期 一 郎 生年月日 S15 年 4 月 29 日 住所 / 電話 〒 700-XXXX TEL 086 (XXX) XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3
② 氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	届出者の情報と同じ場合はチェック ☐ ふりがな こうき はな こ 氏名 後 期 花 子 届出者との関係 妻 生年月日 S16 年 10 月 10 日 TEL 086 (XXX) XXXX ◆◆市◆◆ 1-2-3
③ 氏 名 住所 / 電話	加害者 ふりがな かがい そうた 氏名 加 害 走 太 TEL 086 (YYY) YYYY 〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5
④ 事故発生日時 事故発生場所 労災保険対象の確認	令和3 年 7 月 1 日 午前 / 午後 10 時 25 分頃 ◆◆市◇◇町◆◆丁目◆◆先路上 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) ☒
⑤ 保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車台番号 保険期間 / 自賠責証明書番号	自賠責保険 保険会社名 〇〇保険株式会社 登録番号 岡山588 こ 9999 車台番号 LA-999999 保険期間 令和2 年 4 月 15 日 ~ 令和4 年 5 月 15 日 自賠責証明書番号 第 ABCD12345 号
⑥ 保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無	任意保険 (加害者) 保険会社名 ▲▲海上保険株式会社 取扱店所在地 / 電話 〒 700-ZZZZ ▲▲市▲▲ 6-7-8 TEL 086 (NNN) NNNN 担当者名 / E-mail ふりがな そんぼ じろう 氏名 損 保 次 郎 E-mail ふりがな かがい そうた 氏名 加 害 走 太 住所 〒 700-XXXX △△市△△△ 4-5 保険期間 / 契約番号 令和3 年 5 月 2 日 ~ 令和4 年 5 月 1 日 契約番号 第 OPQRSTU6789 号 任意対人一括の有無 有 / 無
⑦ 被害者加入の保険会社の関与	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 ☒ 無 ☐ 保険会社名 ▽▽共済 担当者氏名 平和 譲 TEL 086 (PPP) PPPP
⑧ 診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	治療状況 ① 診療機関名 健康病院 入院 有 / 無 治療開始日 R3 年 7 月 1 日 治療終了 (見込) 年 月 日 〒 700-SSSS TEL () ◆◆市□□ 10-9-8 ② 診療機関名 交通クリニック 入院 有 / 無 治療開始日 R3 年 7 月 8 日 治療終了 (見込) 年 月 日 〒 700-TTTT TEL () ◆◆市□□ 7-6-5 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 ()
⑨ 傷病届作成日 / 作成支援の有無	R3 年 7 月 10 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 ☒

(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

【記入例】

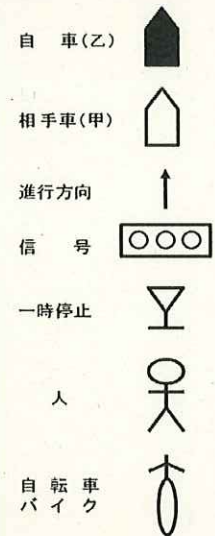
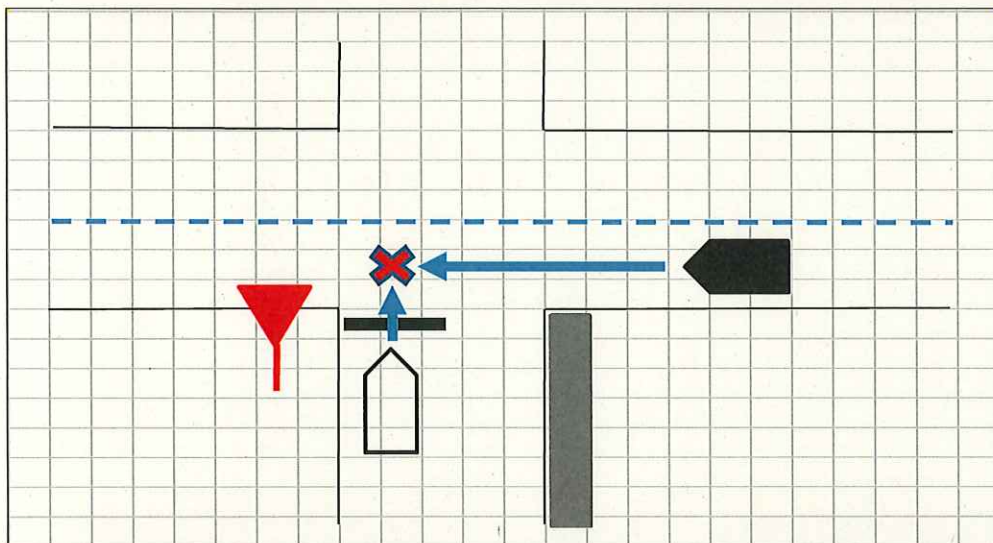
10

事故証明書 番号	第 ◆◆署 8888 号	当事者 甲 (加害者)	氏名	加害 走 太		
自動車 登録番号	岡山333 ん 3333	乙 (被害者)	氏名	後 期 花 子	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) ・ 自転車側信号: (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: (一時停止(止まれ))					
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 50 km/h)					

11

事故現場状況図

(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)



事故発生の状況(経緯)

乙が、片側1車線の国道を●▲市の方へ時速50kmで直進していたところ、
 甲の車が左側の脇道から一時停止せずに飛び出てきたため、乙の車と接触した。
 現場はブロック塀があって見通しが悪く、急ブレーキを踏んだが間に合わなかった。

被害者の負傷状況

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 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☒ 私用 ☐ その他()
場所	☐ 会社内 ☒ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他()
労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) ☐ 加入有 ☒ 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 7 月 10 日

届出者(被保険者) :
 ※未成年の場合は親権者等

後 期 花 子 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。

人身事故証明書入手不能理由書

【記入例】

岡山県後期高齢者医療広域連合 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。)

12 理 由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。	☐ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ☐ 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 ☐ 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 ☒ 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】 事故当時、体に異常がなかったため、物件事故扱いだったが、後日痛み出し、病院で治療を受けたため。 ☐ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】				
◆ 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	R3 年 7 月 8 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、人身事故の事実と相違ありません。	
● 当事者	住所： 〒 700-XXXX 記載日 R3 年 7 月 10 日
13	目撃者 △△市△△△ 4-5
○ その他 ()	氏名： 加 害 走 太 (印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： 086-YYY-YYYY

(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（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、

原則、加害者(相手)の方に署名してもらってください。
どうしても署名してもらえなかったときは、被害者の方が署名し、欄外(空いているところ)に、加害者の方に署名してもらえなかった理由を記載してください。
いずれの場合も必ず押印が必要です。

☐ 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、人身事故の事実と相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
◆ その他・特記事項		

【 事案情報 被害者名： 後期 花子 事故日： 令和3 年 7 月 1 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 7 月 1 日 10 時 25 分頃 天候 雨				
発生場所		◆◆市◇◇町◆丁目◆-◆先路上				
当 事 者	甲	住 所	△△市△△△4-5		電話	086-YYY-YYYY
		氏 名	加害 走太	生 年 月 日	S49 年 9 月 8 日 46 才	
		自賠責保 険契約先	〇〇保険(株)	自賠責保 険証 明 書 番 号	第 ABCD12345 号	
		登録番号	岡山588ㇿ9999	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住 所	◆◆市◆◆ 1-2-3		電話	086-XXX-XXXX
		氏 名	後期 花子	生 年 月 日	S16 年 10 月 10 日 79 才	
		自賠責保 険契約先	〇〇損保	自賠責保 険証 明 書 番 号	第 EFGH56789 号	
		登録番号	岡山333ㇿ3333	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。

※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

14

私が加害者 加害 走太 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。

15

- 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。

16

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 7 月 10 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

17

住所 ◆◆市◆◆ 1-2-3

氏名 後 期 花 子

(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、介護保険法第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。