

### ＜記載例＞

保険証の番号

**世帶主**

あなた

相手方

相手方が加入している保険の内容

**あなたが加入している保険を使用する場合**

項 目			内 容	
(被 届 出 者 者 名 等)	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号 新潟 12-345-67△△△ 新潟市	
	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		保険者名 新潟市	
	氏名 / 生年月日		生年月日	
	住所 / 電話		TEL	
(被 害 者 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日		氏名 新潟 花子 妻	
	住所 / 電話		TEL	
(加 害 者 者)	氏 名		氏名 西 太郎	
	住所 / 電話		TEL	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		令和3年 4月 3日 午前 / 午後 11時 10分頃	
	事故発生場所		新潟市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号	
	労災保険対象の確認		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) <input checked="" type="checkbox"/>	
自 賠 責 保 険	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 〇〇損害保険 氏名 西 太郎	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 新潟580 そ 11□□ 車台番号 AB12-567△△	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 令和2年 2月 1日 ~ 令和4年 2月 1日 自賠責証明書番号 第 123-456△△ 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 △△損害保険 担当部署 損害サービス課	
	取扱店所在地 / 電話		〒951-××◇◇ 新潟市中央区〇〇町△丁目□番×号 TEL 025(255)△△□□	
	担当者名 / E-mail		ふりがな そんぽ じろう 氏名 損保 二郎 E-mail △△sonpo.com	
	保険契約者名		ふりがな にし たろう 氏名 西 太郎	
	住所		〒95×-◇◇△△ 〇〇市△△町××番地	
	保険期間 / 契約番号		保険期間 令和3年 2月 1日 ~ 令和4年 2月 1日 契約番号 第 34561△△ 号	
	任意対人一括の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
被害者加入の保険会社の関与		関係の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名 〇〇〇〇病院 入院 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療開始日 令和3年 4月 3日 治療終了(見込) 令和3年 5月 1日	
	住所 / 電話番号		〒950-〇〇×× 新潟市〇〇区〇〇丁目□番×号 TEL 025(266)77××	
	※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。		② 診療機関名 〇〇医院 入院 <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 治療開始日 令和3年 5月 6日 治療終了(見込) 年 月 日	
			〒950-〇〇×× 新潟市〇〇区〇〇丁目△番□号 TEL 025(266)88◇◇	
			③ 診療機関名 入院 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 〒 TEL ( )	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和3年 7月 7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 <input checked="" type="checkbox"/>		

(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。

新潟市

御中

<記載例>

## 同意書

相手方の氏名↓

私が加害者 西 太郎 に対して有する損害賠償請求権は、法令<sup>(注1)</sup>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。

- 1 保険者<sup>(注2)</sup>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。

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 7 日

↑記載した日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 新潟市〇〇区△△町××番地

氏名 新潟 花子

(印)

※署名又は記名押印

↑事故に遭った方の住所と署名、又は記名押印。未成年者の場合は、親権者の住所と署名、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57条

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3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。

# 事故発生状況報告書

<記載例>

事故証明書 番号	第 〇〇〇〇 号	当事者 甲 (加害者)	氏名	西 太郎	甲=相手方
自動車 の 登録 番号	A B 1 2 - 5 6 7 Δ Δ	乙 (被害者)	氏名	新潟 花子	乙=あなた (運転・同乗・歩行・その他)
天 候	<input checked="" type="radio"/> 晴・曇・雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・普通	<input checked="" type="radio"/> 閑散	明 暗
道 路 状 況	舗装: <input checked="" type="radio"/> してある・ <input type="radio"/> していない) ・ 歩道: (ある・ <input checked="" type="radio"/> ない) ・ 道路の見通し: (良い・ <input checked="" type="radio"/> 悪い) 中央車線: <input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない) ・ 道路の状況: <input checked="" type="radio"/> 直線・カーブ・平坦・坂・積雪路				乙(あなた)の事故 時の状況に○
信号又は標識	信号: (ある・ <input checked="" type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> されていない) ・ その他標識: ( )				
速 度	甲車両: 40~50 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 15 km/h (制限速度 40 km/h)				

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)	乙が一時停止後、交差点に進入したところ、左方から来た甲車と衝突した。
	事故状況を覚えている範囲で できるだけ詳しく記載して ください

被害者の 負傷状況	日	<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が 加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合)

事故に遭った方の住所と署名、又は  
記名押印。未成年者の場合は、親権  
者の住所と署名、又は記名押印  
↓

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 7 日

届出者(被保険者) :  
※未成年の場合は親権者等

新潟 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。