

○記入例の説明

全体に係る説明は、オレンジ色の枠線にしています。

第三者(加害者)に係る説明は、青色の枠線にしています。

被保険者(被害者)に係る説明は、赤色の枠線にしています。

交通事故等でけが(負傷)をした場合でも、後期高齢者医療で医療機関を受診できます。

交通事故や暴力行為等、第三者(相手側。加害者)の行為によってけが(負傷)をしたときは、その第三者が損害賠償として、被害者の治療費を負担する必要があります。この場合、加害者が支払うべき治療費を後期高齢者医療が立て替えて支払うこととなります。

後期高齢者医療で治療を受けるときは、「第三者行為による傷病届」一式を市区町村担当窓口に出してください。医療機関を受診した後に、市区町村担当窓口に出しても大丈夫ですが、できるだけ速やかな提出をお願いします。

なお、説明の中で「加害者」「被害者」という言葉が出てきますが、たとえ相手方の過失がない場合でも、第三者行為の出上では「加害者」となりますので、ご了承ください。

* 勤務中や通勤中の事故等で労災保険の対象となる場合、第三者行為の出上でも、後期高齢者医療を使うことはできません。必ず労災保険に出上してください。

* 様式については、市区町村担当窓口でお渡ししますが、大阪府広域連合ホームページ(申請書ダウンロード)からダウンロードすることもできます(交通事故証明書は除く)。

* 自身の過失割合が高い事故の場合でも、後期高齢者医療で事故状況を客観的に把握し、損害賠償請求できるかを判断させていただきますので、出上をお願いします。

「交通事故証明書」とは、自動車安全運転センターが交付する、交通事故の事実を証明する書類です。警察から提供された証明資料に基づいた内容が記載されるため、警察への届出のない事故については、交通事故証明書は発行されません。

交通事故証明書は、交通事故の当事者や対応する損害保険会社等が、取付可能です。取付方法は、下記の自動車運転安全センターホームページをご確認ください。

ご自身で「交通事故証明書」の取得が困難な場合は、対応する損害保険会社に提供が可能かを相談してみてください。

[自動車運転安全センターホームページ
https://www.isdc.or.jp/certificate/tabid/112/Default.aspx](https://www.isdc.or.jp/certificate/tabid/112/Default.aspx)



〒 _____
申 住所 _____
請 者 氏名 _____ 様

交通事故証明書

見本

事故照会番号	〇〇署 第〇〇〇号	甲・乙 との続柄 本人 ・ 代理人												
発生日時	令和〇年〇月〇日 午前 〇時 〇分ごろ													
発生場所	大阪府〇〇市〇〇町1丁目7番25号先路上													
甲	住所	大阪府 〇〇市 1丁目 2番 (Tel)080-1234-5678										備考		
	フリガナ氏名	ジコハナコ 事故 花子			生年月日	平成〇年〇月〇日 (20歳)						甲・乙以外の当事者 無		
	車種	原動機付自転車		車両番号										
	自賠責保険関係	有 〇〇損保		証明書番号										
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他												
乙	住所	大阪府 〇〇市 〇〇台 3丁目 4番 (Tel)06-9876-1234												
	フリガナ氏名	コウケン 知ウ 広域 太郎			生年月日	昭和〇年〇月〇日 (80歳)								
	車種	自転車		車両番号										
	自賠責保険関係	有 〇〇損保		証明書番号										
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他												
事故類型	人対車両	車両相互						車両単独				踏切	不・調査中	
		正面衝突	側面衝突	出っ合い頭突	接触	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	その他			
上記の事項を確認したことを証明します。 令和〇年〇月〇日 自動車運転安全センター 大阪府事務所長													「物件(損)事故」扱いの場合、 「E 人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要です。	

証明番号	111222	照合記録簿の種別	物件事故
------	--------	----------	------

第三者行為による傷病届

A

記入例

		内 容				
（被 保 険 者 名 等） 届出者	被保険者番号 / 保険者名		被保険者番号	保険者名		
	届出者情報		ふりがな	大阪府後期高齢者医療広域連合		
	※被保険者（後期高齢者医療加入者）の情報を記入		氏名 / 生年月日	氏名	生年月日	年 月 日
		住所 / 電話	〒	TEL	()	
（受 診 者）	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな	上記の届出者の情報と同じ場合は、チェック（レ）。 チェックがあれば、この欄は省略可能です。		
	住所 / 電話		氏名			
（第 三 者） 加害者	氏名		ふりがな	第三者（加害者）の情報 * 加害者不明の場合は、チェック（レ）。		
	住所 / 電話		氏名			
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		勤務中や通勤中で労災が使える場合、この第三者の届出をしても、後期高齢者医療を使うことはできません。 労災ではないことを確認の上、チェック（レ）をお願いします。			
	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)			
自 賠 責 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな		
	登録番号 / 車台番号		登録番号	第三者（加害者）の自賠責保険の情報。 交通事故証明書の情報をお書きください。		
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号	第 号
任 意 保 険 （ 加 害 者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名	担当部署		
	取扱店所在地 / 電話		〒	TEL ()		
	担当者名 / E-mail		ふりがな	加害者が加入する任意保険がある場合は、ご記入が必要です。 自転車事故、第三者の飼い犬に噛まれた等の場合、加害者の個人賠償責任保険（他保険の特約として、個人賠償責任特約がある場合も含む）があれば、こちらの「任意保険」の欄にご記入ください。		
	保険契約者名		ふりがな			
	住所		〒			
	保険期間 / 契約番号		保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	第 号
任意対人一括の有無		有 / 無				
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
		被保険者（被害者）が加入する損害保険会社が、治療費等の対応をしている場合は、記入をお願いします。				
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院	治療開始日	年 月 日
			〒	有 / 無	治療終了（見込）	年 月 日
	住所 / 電話番号		TEL		()	
	※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	入院	治療開始日	年 月 日
		〒	有 / 無	治療終了（見込）	年 月 日	
ご自身で届出の記入が難しい場合は、対応されている損害保険会社にご相談ください。						
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 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 type="checkbox"/>		

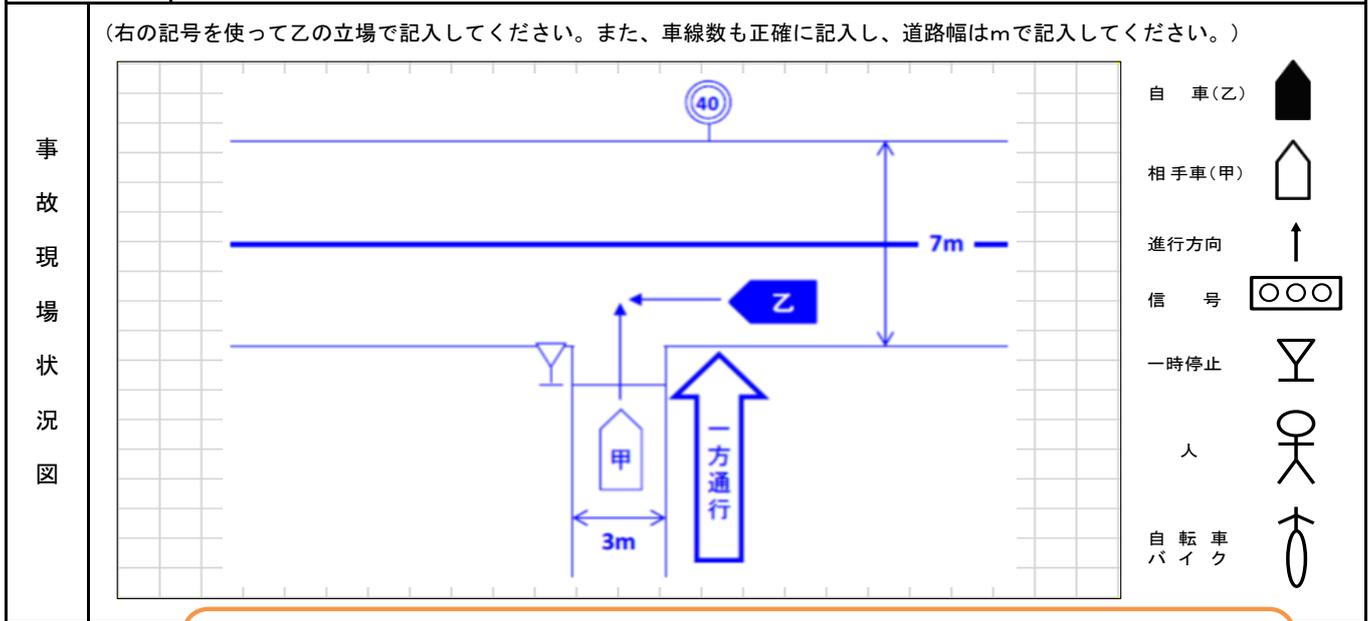
(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

記入例

事故発生状況報告書

B

事故証明書番	第	交通事故証明書から記入してください	甲 (加害者)	氏名	第三者(加害者)の名前		
自動車の登録番号	加害者の車両番号(ナンバープレート)		乙 (被害者)	氏名	被保険者(被害者)の名前		
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：()						
速度	甲車両： km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両： km/h (制限速度 km/h)						



事故発生
の状況
(経緯)

図と説明の両方をご記入ください(道路幅等は分かる範囲で結構です)。
状況図は、インターネットから印刷した地図等へ書き込んだものを添付していただいても、結構です。

乙の運転車両が国道246号を〇〇市方面へ走行中、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部に衝突した。

加害者(相手方)：(自動車、バイク・原付、自転車、その他) 該当するものに、○をお願いします。

被害者(被保険者)：(自動車、バイク・原付、自転車、その他)

被害者の 負傷 状況	日	<input 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(パート・アルバイト含む)
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路
	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、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無

上記内容に間違いありません。 ※署名又は記名・押印

年 月 日 被保険者(届出者) :

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容」をして貰ってください。

被保険者(被害者)の署名。記名(印字等)の場合は、押印もお願いします(スタンプ式は不可)。

印
た
押印

同意書

第三者(加害者)
の名前

私が加害者 第三者(加害者)
の名前 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。

- 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。

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。

記入日： 年 月 日

この「同意書」
を記入された日

受診者(被保険者)

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

被保険者(被害者)の署名。記名(印字等)の場合は、
押印もお願いします(スタンプ式は不可)。

(注1) 各保険における

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。

大阪府後期高齢者医療広域連合 御中

誓 約 書

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付は、私の不法行為（交通事故等）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 医療給
- 2 貴殿の
- も示談

この「誓約書」は、**加害者が記入する書類**です。
 よって、誓約者は加害者となります（加害者が未成年の場合は、加害者の親権者が誓約してください）。

加害者側に依頼が難しい場合は、対応する損害保険会社にご相談ください。加害者側と連絡が取れない等、どうしても難しい場合は不要です。

り何人に対して

月 日

誓約者 住 所 _____
 (被保険者から見て、相手方) 第三者(加害者)の名前 _____
 氏 名 _____ (印)

保証人 住 所 _____
第三者(加害者)の損害保険会社 _____
 氏 名 _____ (印)

記

加 害 者 (第 三 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者または世帯主が誓約書を記入してください。
 ※印欄は誓約者と第三者が異なる場合のみ記入してください。

記入例

■ 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。

交通事故証明書が物件（物損）事故扱いの場合や、人身事故扱いでも被保険者の方の名前の記載がない場合は、交通事故証明書に加えて、「E 人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要です。

<p>理由</p> <p>※該当する項目に○印（複数ある場合はすべて）。</p> <p>※下欄の「署名もしくは記名押印」は原則第三者（相手方）。被保険者の「署名または記名押印」の場合、「その他」に○印をして、「加害者の協力が得られない」等の理由を記入。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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="radio"/> 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 dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">【理由】</div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed 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
------	----------------------	-------	-----

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、関係者の署名もしくは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、人身事故の事実には相違ありません。

<input type="radio"/> 当事者	住所： 〒 _____	記入日	年 月
<input type="radio"/> 目撃者	_____		
<input type="radio"/> その他（ _____ ）	氏名： _____	(印)	
※ 該当する項目に	電話： _____		

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側者、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。

- ・第三者(加害者)が記入する場合:「当事者」に○をつけ、第三者が署名もしくは記名押印。
 - ・被保険者(被害者)が記入する場合:「当事者」に○をつけ、被保険者が署名もしくは記名押印。
- 上記の理由の「その他」欄の理由(☆)に加害者の署名等が取付けできない理由(「加害者側の協力が得られない」等)を記入。

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 ()	
◆ その他・特記事項 { _____ }		

裏面へ

E(裏)

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 _____ 月 _____ 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		年 月 日 時 分頃 天候							
発生場所		交通事故証明書が発行されていない場合や、交通事故証明書に被保険者(被害者)のお名前がない場合は、こちらの裏面にも記入が必要です。 * 事故車に同乗して怪我をした場合等に、交通事故証明書にお名前の記載がないことがあります。							
当 事 者	甲					住所			
	氏名								
	自賠責保険契約先								
	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	交通事故証明書に被保険者(被害者)のお名前の記載がない場合は、こちらの当事者欄(丙欄等)に情報を追記してください。							
	自賠責保険契約先								
	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。