

〇〇〇-〇〇〇〇

交通事故証明書

住所 〇〇市〇〇〇丁目〇〇番地

氏名 〇〇火災保険株式会社
〇〇サービスセンター 担当〇〇 様

自動車安全センターでの発行(原本の提出を原則とするが、
写しを提出する場合には原本証明をし、所在を確認する)

相手方の自賠責保険加入を確認

事故照会 番号	〇〇署 第 〇〇 号		甲・乙・との続柄 本人・ <u>代理人</u>									
発生日時	平成〇〇年〇〇月〇〇日(〇曜日)午前〇〇時〇〇分頃ころ											
発生場所	〇〇市〇町〇〇番地先路上											
甲	住 所	〇〇市〇町〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		備考 甲・乙以外の当事者 有(別紙のとおり) 〇枚とある場合は、 続紙を確認する 自賠責保険に請求する ときは「人身事故」が 原則となるため、事故 の種別を確認する 物件事故の場合には、 人身事故証明書入手 不能理由書が必要となる								
	フリガナ 氏 名	コウノ タロウ 甲野 太郎	生 年 昭和〇〇年〇月〇〇日 月 日 男 (〇〇歳)									
	車 種	自家用 普通貨物自動車	車 両 番 号 長野〇〇〇か〇〇〇〇									
	自賠責 保険関係	有り 〇〇火災保険	証明書 番 号 ABC123456									
	事故時の 状 態	〇 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他										
乙	住 所	〇〇市〇町〇〇番地 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)										
	フリガナ 氏 名	オツヤマ リョウタ 乙山 良太	生 年 昭和〇〇年〇月〇〇日 月 日 男 (〇〇歳)									
	車 種	自家用 普通乗用自動車	車 両 番 号 長野〇〇〇ひ〇〇〇〇									
	自賠責 保険関係	有り 〇〇損害保険	証明書 番 号 DE-891011									
	事故時の 状 態	〇 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他										
事故類型	車 両 相 互						車 両 単 独				踏 切	不・ 調 査 明 中
	人 対 車 両	正 面 衝 突	側 面 衝 突	〇 出 衝 合 い 頭 突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱	衝 突		
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無と その程度を明らかにするものではありません。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 自動車安全運転センター 長野県事務所 長印												
証 明 番 号	20130730		照合記録簿の種別		人身事故							

交通事故による傷病届

被保険者等	フリガナ	オツヤマ リョウタ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳			
	氏名	乙山 良太	性別	男・女	世帯主との続柄	本人	
	住所	長野県 〇〇市〇町〇〇番地	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	被保険者証番号・番号	〇〇・〇〇〇〇〇	心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()			
	事故発生場所	〇〇市〇町〇〇番地先路上	事故発生日時	平成〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後〇〇時〇〇分頃			
	傷病名及び傷病の程度	頸椎捻挫 骨盤骨折	治療の見込	入院 30 日 通院 15 日 費用 2,000,000 円			
	保険医療機関等名	〇〇病院 〇〇整形外科 〇〇薬局		治療等期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日		
相手方(第三者)	フリガナ	コウノ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳			
	氏名	甲野 太郎	性別	男・女	職業	会社員	
	住所	〇〇市〇町〇〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	車両保有者との関係	1. 本人(事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本人以外(親族・従業員・その他())					
	自賠責契約者との関係	1. 本人(車両保有者欄への記載は不要です) 2. その他()					
	会社名	〇〇〇〇株式会社	住所	〇〇市〇〇〇〇〇番地 〇〇ビル			
	氏名	代表 〇〇 〇〇	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	保険有無証書番号	(有)・無	第 ABC123456 号	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	保険会社名	〇〇火災保険株式会社		契約期間	自 平成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	契約者住所	〇〇市〇〇〇〇〇番地 〇〇ビル		氏名	〇〇〇〇株式会社 代表 〇〇 〇〇		
	任意保険	保険有無証書番号	(有)・無	第 98-7654321 号	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	保険会社名	〇〇火災保険株式会社		担当者	〇〇 〇〇		
支店サービスセンター	〇〇サービスセンター						

上記のとおりお届けします。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 〇〇市〇町〇〇〇番地

電話 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

相手方の自賠責保険・任意保険の記載は必須

〇〇市 長 様 氏名 乙山 良太

印

※ 次の書類を添付してください。

○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

事故発生状況報告書

事務担当者は手を加えないこと(加筆しない)

交通事故証明書に補足して下記のとおり報告します。(※甲乙は交通事故証明書の記載欄と同じにする。)
 ()の事項は、おおよその数値を記載又は該当するものを○印で囲んでください。

氏 名	甲	※交通事故証明書「甲」欄の氏名	乙	※交通事故証明書「乙」欄の氏名
		甲野 太郎		乙山 良太
車両等情報	甲 車	種別: <u>自動車</u> ・バイク・自転車・歩行	甲 車 外	種別: <u>自動車</u> ・バイク・自転車・歩行
		状況: <u>運転</u> ・同乗・その他()		状況: <u>運転</u> ・同乗・その他()
		時速: 50km(制限速度 30km)		時速: 50km(制限速度 50km)
道路状況及び交通状況	天 候	<u>晴</u> ・曇・雨・雪・霧	歩 道	有(両側・片側) <u>無</u>
	状 況	混雑・ <u>普通</u> ・閑散	中央線	<u>有</u> (<u>白線</u> ・黄線)・無
	明 暗	明け方・ <u>昼間</u> ・夕方・夜間	信 号	有・ <u>無</u>
	標 識	一時停止(<u>有</u> ・無) / 駐車禁止(有・ <u>無</u>) / その他()		
	見 通 し	<u>良</u> ・悪	その他	
事故現場における甲乙の状況を図示してください。	○事故発生状況略図(道路幅をmで記載してください。)			
	該当を囲む 幅8m 幅6m 乙 甲 一時停止 進行方向 × 事故地点 〔自動車〕 甲車 甲車以外 〔自転車〕 バイク 甲車以外 〔その他〕 人 信号 一時停止 進行方向 × 事故地点			
上記図の説明を詳細に記載ください。	乙は十字路交差点の優先道路側を四輪車で走行中、左方の一時停止標識側から減速せず進入してきた甲四輪車と出会い頭に衝突した。			

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

報告者の署名捺印必須

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 (本人)

住所 〇〇市〇町〇〇番地
 氏名 乙山 良太



念 書

被保険者が記載する

事故日は交通事故証明書で確認する

被保険者名を記載する

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日に

乙山 良太

が交通事故で被った

保険事故について、
 1. 国民健康保険法
 2. 高齢者の医療の確保に関する法律
 3. 介護保険法

による保険給付を受けたときは、

1. 国民健康保険法第64条第1項
 2. 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項
 3. 介護保険法第21条第1項

の規定により、保険給付の限度内において

貴職が相手方(第三者)(以下「第三者」という。)に対する損害賠償請求権を代位取得のうえ行使し、かつ、賠償金を受領することに異議のないことを書面にて申し立てます。

また、損害賠償請求権の行使にあたり、保険金(共済金)の支払・保険契約内容等の調査を実施し、当該交通事故治療にかかる診療報酬明細書・調剤報酬明細書・介護給付費明細書等保険者の保険給付内容を証明する書類を、第三者が加入する自動車損害賠償責任保険(責任共済)会社及び任意自動車保険会社に、賠償金の請求についてのみ使用することに同意します。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

相手方の過失が大きく、任意保険の加入がある場合には、3に○をする

被保険者の過失が大きい場合には、1または2に○をする

JA共済等

1. 自動車損害賠償責任保険金
 2. 自動車損害賠償責任共済金
 3. 任意自動車保険の対人賠償保険金
- を貴職が優先して受領されることに異議を述べないこと。
2. 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出、承諾を得ること。
 3. 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
 4. 第三者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を漏れ無く、かつ遅滞無く貴職に届け出ること。
 5. 上記のほか保険者長が連絡を求めた件について事実が発生したときは、速やかに届け出ること。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

誓約者は被保険者本人の署名・捺印

〇〇市

長 様

誓 約 者 住 所

〇〇市〇町〇〇番地

誓約者との関係

法定代理人 氏名

乙山 良太



本人

(注) 未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

誓 約 書

相手方(第三者)が記載する

被保険者名を記載する

1. 市・町・村
2. 国保組合の
3. 広域連合
1. 国民健康保険被保険者
2. 後期高齢者医療被保険者
3. 介護保険被保険者

乙山 良太

様が受けた保険給付は、私の 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日の
不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。

2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは

1. 国民健康保険給付分
2. 後期高齢者医療給付分
3. 介護保険給付分
- に限り、何人に対しても

示談の効力を主張しないこと。

3. 上記 1. の支払に充てるため、

1. 保険株式会社(相互)会社
2. 共済農業協同組合
- に対して有する

1. 自動車損害賠償責任保険
2. 自動車損害賠償責任共済 から受けるべき
3. 任意自動車保険の対人賠償保険
1. 保険金
2. 共済金
- の保険給付額を限度

として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。

5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・
保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

誓約者は相手方(第三者)の署名・捺印

〇〇市

長 様

誓 約 者 住 所

〇〇市〇町〇〇〇番地
〇〇〇〇アパート〇〇〇号室

氏 名

甲野 太郎



法定代理人 住 所

誓約者との関係

氏 名



(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇〇〇

保険会社 御中

該当する項目に○をつける（複数可）

■ 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。）

理 由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、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】
	☒ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 相手方と連絡が取れないため、自分自身で署名捺印した。
◆ 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	平成〇〇 年 〇〇月 〇〇日

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。）

原則、事故の相手方の署名・捺印を記載する

相手方から署名捺印をしてもらえない場合には、その理由を記載する

■ 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、人身事故の事実には相違ありません。	
☒ 当事者 ☐ 目撃者 ☐ その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 記入日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇市〇町〇〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号 氏 名 甲 野 太 郎 印 電 話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

（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	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（ ）	□電話 □文書 □面談
年 月 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
年 月 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： 事故日：平成 年 月 日 】

保険会社使用欄は、保険会社で記載するため当事者で記載しない

○交通事故概要記入欄

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名前がない場合に限り、事故当事者、発生日時、発生場所等を記載する

(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		平成〇〇年〇〇月〇〇日 午前 〇〇時〇〇分頃 天候 晴れ		
発 生 場 所		〇〇市〇町〇〇番地先路上		
当 事 者	甲	住 所	〇〇市〇町〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号 電話〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
		氏 名	甲 野 次 郎	生 年 月 日 明・大 昭・平 〇〇年〇月〇〇日(10)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 明・大 昭・平 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 明・大 昭・平 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 明・大 昭・平 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 明・大 昭・平 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。