

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

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)

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

相手方の自賠責保険加入を確認

|                                                                                                                                           |                             |                                                |                                     |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-------------|--------|------------------|--------|----|-------------|
| 事故照会<br>番号                                                                                                                                | 〇〇署 第 〇〇 号                  |                                                | 甲・乙・との続柄 本人・代理人                     |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
| 発生日時                                                                                                                                      | 令和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<br>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<br><br>甲・乙以外の当事者<br>有(別紙のとおり)<br>〇枚とある場合は、<br>続紙を確認する<br><br>自賠責保険に請求す<br>るときは「人身事故」が<br>原則となるため、事故<br>の種別を確認する<br>物件事故の場合には、<br>人身事故証明書入手<br>不能理由書が必要とな<br>る |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | フリガナ<br>氏名                  | コウノ タロウ<br>甲野 太郎                               | 生 年 昭 和 〇〇 年 〇 月 〇 日<br>月 日 男 (〇〇歳) |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 車 種                         | 自家用<br>普通貨物自動車                                 | 車 両 番 号 長 野 〇 〇 〇 か 〇 〇 〇 〇         |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 自賠責<br>保険関係                 | 有り<br>〇〇火災保険                                   | 証 明 書 番 号 ABC123456                 |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 事故時の<br>状 態                 | 〇<br>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<br>(Tel. 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)               |                                     |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | フリガナ<br>氏名                  | オツヤマ リョウタ<br>乙山 良太                             | 生 年 昭 和 〇〇 年 〇 月 〇 日<br>月 日 男 (〇〇歳) |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 車 種                         | 自家用<br>普通乗用自動車                                 | 車 両 番 号 長 野 〇 〇 〇 ひ 〇 〇 〇 〇         |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 自賠責<br>保険関係                 | 有り<br>〇〇損害保険                                   | 証 明 書 番 号 DE-891011                 |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
|                                                                                                                                           | 事故時の<br>状 態                 | 〇<br>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<br>明 中 |
|                                                                                                                                           |                             | 正面衝突                                           | 側面衝突                                | 〇<br>出<br>合<br>い<br>頭突                                                                                                                                           | 接<br>触 | 追<br>突 | そ<br>の<br>他 | 転<br>倒 | 路<br>外<br>逸<br>脱 | 衝<br>突 |    |             |
| 上記の事項を確認したことを証明します。<br>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<br>その程度を明らかにするものではありません。<br><br>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br>自動車安全運転センター<br><br>長野県事務所 長 印 |                             |                                                |                                     |                                                                                                                                                                  |        |        |             |        |                  |        |    |             |
| 証 明 番 号                                                                                                                                   | 99999999                    |                                                | 照合記録簿の種別                            |                                                                                                                                                                  | 人身事故   |        |             |        |                  |        |    |             |

交通事故による傷病届

| 項 目                                                           |                                                                                                          | 内 容                                                                                                           |                                                                                 |                              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| (被<br>保<br>険<br>者<br>名<br>等)<br>届<br>出<br>者                   | 被保険者記号・番号 / 保険者名                                                                                         | 被保険者記号・番号<br>〇〇・〇〇〇〇〇<br>保険者名<br>〇〇市                                                                          |                                                                                 |                              |
|                                                               | 届出者情報<br>※国民健康保険は<br>世帯主、その他<br>は被保険者の<br>情報を記入                                                          | 氏名 / 生年月日                                                                                                     | ふりがな<br>おつやま りょうた<br>氏 名<br>乙 山 良太<br>生年月日<br>昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                  |                              |
|                                                               |                                                                                                          | 住所 / 電話                                                                                                       | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地<br>TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                 |                              |
|                                                               |                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                 |                              |
| (受<br>診<br>者)<br>被<br>害<br>者                                  | 氏名 / 続柄 / 生年月日                                                                                           | 届出者の<br>情報と同じ場合は<br>チェック<br><input checked="" type="checkbox"/>                                               | ふりがな<br>おつやま りょうた<br>氏 名<br>乙 山 良太<br>届出者との関係<br>本人<br>生年月日<br>昭和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |                              |
|                                                               | 住所 / 電話                                                                                                  |                                                                                                               | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地<br>TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                 |                              |
| (第<br>三<br>者)<br>加<br>害<br>者                                  | 氏 名                                                                                                      | ふりがな<br>こうの たろう<br>氏 名<br>甲 野 太郎                                                                              |                                                                                 |                              |
|                                                               | 住所 / 電話                                                                                                  | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇〇〇アパート〇〇〇〇号室<br>TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                 |                                                                                 |                              |
| 事<br>故<br>発<br>生<br>状<br>況                                    | 事故発生日時                                                                                                   | 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前 / 午後 〇〇 時 〇〇 分頃                                                                           |                                                                                 |                              |
|                                                               | 事故発生場所                                                                                                   | 〇〇市〇〇町〇〇番地先路上                                                                                                 |                                                                                 |                              |
|                                                               | 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。<br>(※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)<br><input checked="" type="checkbox"/> |                                                                                 |                              |
| 自<br>賠<br>責<br>保<br>険<br>(加<br>害<br>者)                        | 保険会社名 / 保険契約者名                                                                                           | 保険会社名<br>〇〇火災保険                                                                                               | ふりがな<br>こうの たろう<br>氏 名<br>甲 野 太郎                                                |                              |
|                                                               | 登録番号 / 車台番号                                                                                              | 登録番号<br>長野〇〇か〇〇〇〇                                                                                             | 車台番号<br>〇〇〇〇〇                                                                   |                              |
|                                                               | 保険期間 / 自賠責証明書番号                                                                                          | 保険期間<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                                                                   | 自賠責証明書番号<br>第 ABC123456 号                                                       |                              |
| 任<br>意<br>保<br>険<br>(加<br>害<br>者)                             | 保険会社名 / 担当部署                                                                                             | 保険会社名<br>〇〇損害保険                                                                                               | 担当部署<br>〇〇サービスセンター                                                              |                              |
|                                                               | 取扱店所在地 / 電話                                                                                              | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇ビル                                                                                  | TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                             |                              |
|                                                               | 担当者名 / E-mail                                                                                            | ふりがな<br>〇〇〇〇 〇〇〇〇<br>氏 名<br>〇〇 〇〇<br>E-mail<br>〇〇〇@〇〇〇.jp                                                     |                                                                                 |                              |
|                                                               | 保険契約者名                                                                                                   | ふりがな<br>こうの たろう<br>氏 名<br>甲 野 太郎                                                                              |                                                                                 |                              |
|                                                               | 住所                                                                                                       | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地                                                                                      |                                                                                 |                              |
|                                                               | 保険期間 / 契約番号                                                                                              | 保険期間<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日                                                                   | 契約番号<br>第 〇〇〇〇〇 号                                                               |                              |
|                                                               | 任意対人一括の有無                                                                                                | 有 / 無 <input checked="" type="checkbox"/>                                                                     |                                                                                 |                              |
| 被<br>害<br>者<br>加<br>入<br>の<br>保<br>険<br>会<br>社<br>の<br>関<br>与 | 関与の有無を<br>チェックし、<br>「有」の場合<br>は右欄を記入<br>有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名<br>〇〇損害保険                                                                                               | 担当部署<br>〇〇サービスセンター                                                              |                              |
|                                                               |                                                                                                          | 担当者氏名<br>〇〇 〇〇                                                                                                | TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                             |                              |
| 治<br>療<br>状<br>況                                              | 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br><br>住所 / 電話番号<br><br>※治療終了日（見込）については<br>可能な範囲でご記入ください。                              | ① 診療機関名<br>〇〇病院                                                                                               | 入 院<br><input checked="" type="checkbox"/> 有 / 無 <input type="checkbox"/>       | 治療開始日<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日    |
|                                                               |                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                 | 治療終了(見込)<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
|                                                               |                                                                                                          | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地                                                                                      | TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                             |                              |
|                                                               |                                                                                                          | ② 診療機関名<br>〇〇整形外科                                                                                             | 入 院<br>有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>         | 治療開始日<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日    |
|                                                               |                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                 | 治療終了(見込)<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
|                                                               |                                                                                                          | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地                                                                                      | TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                             |                              |
|                                                               |                                                                                                          | ③ 診療機関名<br>〇〇薬局                                                                                               | 入 院<br>有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>         | 治療開始日<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日    |
|                                                               |                                                                                                          |                                                                                                               |                                                                                 | 治療終了(見込)<br>令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |
|                                                               |                                                                                                          | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇<br>〇〇市〇〇町〇〇番地                                                                                      | TEL<br>〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇                                                             |                              |
| 傷病届作成日 / 作成支援の有無                                              |                                                                                                          | 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 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<br><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。

事故発生状況報告書

|                       |                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |            |         |              |  |  |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|--------------|--|--|
| 事故証明書<br>番 号          | 第 〇〇〇〇 号                                                                                                                                                           | 当 事 者                                                                                                                                                                                             | 甲<br>(加害者) | 氏 名     | 甲 野 太 郎      |  |  |
| 自 動 車 の<br>登 録 番 号    | 長 野 〇〇 か 〇〇〇〇                                                                                                                                                      | 乙<br>(被害者)                                                                                                                                                                                        | 氏 名        | 乙 山 良 太 | 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)<br>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) ・ 自車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青・赤・黄)<br>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： 50 km/h (制限速度 30 km/h) ・ 乙車両： 50 km/h (制限速度 50 km/h)                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                   |            |         |              |  |  |
| 事故現場状況図               | <p>(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。)</p> <p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車<br/>バ イ ク </p> |                                                                                                                                                                                                   |            |         |              |  |  |
| 事故発生<br>の 状 況<br>(経緯) | 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。                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                   |            |         |              |  |  |
| 被害者の<br>負傷状況          | 日                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" 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 ( )<br><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"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                 |            |         |              |  |  |
|                       | 労災特別加入※<br><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

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

届出者(被保険者) :  
※未成年の場合は親権者等

乙 山 良 太

(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。

様式第6号

〇〇市

長 様

## 念 書

私が加害者（ 甲野 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、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に同意します。

なお、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

届出者(被保険者)

住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 乙山 良太



(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

(注2) 国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条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。

# 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 | 1. 国民健康保険被保険者  |
| 2. 国保組合の | 2. 後期高齢者医療被保険者 |
| 3. 広域連合  | 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 令和 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
  3. 任意自動車保険の対人賠償保険から受けるべき
  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。

JA共済等

令和 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 〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏名 甲野 太郎

法定代理人 住所  
氏名

誓約者との関係

(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。