

第三者行為(交通事故)届け出書類チェックリスト

提出書類		備考	
必須書類	<input type="checkbox"/>	第三者行為による傷病届	
	<input type="checkbox"/>	交通事故証明書	警察署等で取得してください
	<input type="checkbox"/>	事故発生状況報告書	
	<input type="checkbox"/>	同意書	事故状況や治療内容を調査すること、勝手に示談しないことの同意書です
	<input type="checkbox"/>	人身事故証明書入手不能理由書	物損事故で処理されているときに必要
	<input type="checkbox"/>	委任状(県単)	福祉医療制度により、病院の自己負担が0円の場合必要

第三者行為による傷病届

項目		内容	
届出先	被保険者証記号番号/保険者名	被保険者証記号番号	保険者名
	保険者の住所(届出先)	〒	
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名	印
(被害者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏名	性別 年齢
	続柄/生年月日	届出者との関係	生年月日
	住所/電話	〒	電話番号
	備考		
(加害者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏名	性別 年齢
	住所/電話	〒	電話番号
事故発生	事故発生日時	年 月 日 時 分頃	
	事故発生場所		
自賠責保険(加害者)	保険会社名		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	登録番号		
	車台番号		
	保険期間/自賠責番号	保険期間	自賠責番号
任意保険(加害者)	保険会社名		
	取扱店所在地/電話	〒	電話番号
	担当者名/Email	ふりがな 氏名	Email
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	住所	〒	
	保険期間/契約番号	保険期間	契約番号
	任意対人一括の有無	有/無	保険会社名・担当者名
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有/無	保険会社名・担当者名	電話
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	保険期間	治療開始日 年 月 日 電話番号
	所在地	〒	入院の有無
	診療機関名/治療開始日/電話	保険期間	治療開始日 年 月 日 電話番号
	所在地	〒	入院の有無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
 (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。
 (自賠責共済、任意共済の場合には、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記載してください。)

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時			
発生場所			
加害者 (甲)	住所		
	氏名	生年月日	
	車種	車両番号	
	自賠償保険契約先	自賠償証明書番号	
	事故時の状態		
被害者 (乙)	住所		
	氏名	生年月日	
	車種	車両番号	
	自賠償保険契約先	自賠償証明書番号	
	事故時の状態		
甲・乙以外の 当事者	住所		
	氏名	車両番号	
	自賠償保険契約先	自賠償証明書番号	
交通事故証明書を入手できない理由			

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。	
平成 年 月 日	
(甲) 住所	
氏名	印 電話() -

上記事故を目撃しました。	
平成 年 月 日	
目撃者 住所	
氏名	印 電話() -

委任状（県単）

受任者 串本町長 殿

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私が平成 年 月 日、加害者 _____ から受けた交通
事故による損害のうち串本町 _____

条例第 ____ 条の規定により、私について支給された _____

に係る損害賠償額の請求、受領及び復代理人の選任に関すること。

なお、上記により受領した損害賠償額については同条例第 ____ 条第 ____ 項の規定
により私が串本町に返還すべき額に充当されたいこと。

平成 年 月 日

委任者

住 所 串本町 _____

氏 名 _____ 印