

被 保 険 者	個人番号				被保険者番号				医療福祉 制度の有無	有 無	
	氏 名				生年月日	年	月	日生			
	事故発生の 日時及び場所	年 月 日 午前・午後 時 分頃 場所			事故当時の 心身等の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()					
	傷病名及び 傷病の状況や 程度 ※2				治療の見込み	入院	日	通院	日		
						費用				円	
						終了	年	月	日		
	保険診療による 医療機関名	1. 2. 3.			治療期間	～					
						～					
						～					
任意保険	会社名			支店名			担当者		TEL		
相 手 方	当 事 者	フリガナ 氏 名				性別	男・女	生年月日	年 月 日生		
		住 所				TEL				職業	
	自 賠 責	証 書 番 号									
		保険会社名									
	任 意 保 険	契約者氏名				契約者住所					
		加入の有無	有	無	証書番号				対人賠償の対応	有 無	
		保険会社名				支店名					
		担 当 者				TEL					
	損害賠償に関する交渉の経過 ※3										
	交通事故外 の被害行為 の発生状況	暴力行為やペット咬傷等 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください。 ・交通事故の場合には、事故状況報告書に詳しく記入してください。									
上記のとおり届けます。 年 月 日 住所 氏名 (印) 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て TEL ()											

※1 その他の事故は、暴力行為やペットの咬傷等の交通事故外の場合です。 市町村確認欄 (保険会社提出代行 有・無)

※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

※3 損害賠償に関する交渉の経過は、費用ごとに記入し、示談成立したときは示談書の写しを提出してください。

交通事故の添付書類：事故状況報告書(別添 1)、念書(別添 2)、誓約書(別添 3)、交通事故証明書 (物件事故の場合は人身事故証明書
入手不能理由書を添付のこと)

その他の事故の添付書類：念書(別添 2)、誓約書(別添 3-1)

(裏面)

その他交通事故外の被害行為の発生状況

交
通
事
故
外

(警察署 担当官へ 年 月 日に届出済)

別添 1

事 故 状 況 報 告 書

保険証明書 番号		当 事 者	甲（事故の相手方）	氏 名 （電話）		
登録番号又 は車両番号			乙（被保険者）	氏 名 （電話）	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 してない	歩道（両・片）	ある ない	直線・カーブ	
	平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路	凍結路	
信号又は標識	信号	ある ない	駐車禁止	されている されていない	その他の標識	
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 現 場 に 於 け る 自 動 車 と 被 害 者 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で記入してください。）					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 60%;"> <p>甲 車 </p> <p>乙 車 </p> <p>進行方向 ↑</p> <p>信 号 000</p> <p>一時停止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 </p> <p>オートバイ </p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;">  </div> </div>					
書 い て く だ さ い。	上記図の説明を					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ）

印

別添2

念 書

年 月 日 () において ()
の不法行為により () の被った負傷について、後期高齢者医療制度の
給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償権を高齢者の医療の確保に関
する法律（昭和57年法律第80号）第58条第1項の規定によって茨城県後期高齢者医
療広域連合が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異
議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方側から金品を受けたときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、
かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 4 本件保険事故について、貴殿又は貴殿から求償事務の委託を受けている受託者が損
害賠償請求権を行使するにあたって、私の個人情報を取得、利用すること及び請求資
料として診療報酬明細書（写）等の提出、自賠責保険への残額の調査等について同意
します。

年 月 日

住 所
氏 名

⑩

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

別添3

誓 約 書

貴広域連合の後期高齢者医療制度の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払すること。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは後期高齢者医療分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

3. 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社
 （農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 ㊟

保 証 人 住 所
氏 名 ㊟

茨城県後期高齢者医療広域連合長 あて

自動車等の 保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
事故の相手方 (運転者)	住所			
	氏名		誓約者 との続柄	
被保険者	住所			
	氏名			

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 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。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 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。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	<p style="text-align: center;">警察 担当官 (判明している場合)</p>	届出年月日	<p style="text-align: center;">年 月 日</p>

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、人身事故の事実相違ありません。			
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	住所 〒 _____	記入日	年 月 日
	氏名 _____		(印)
	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（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) 該当する口のすべてに✓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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 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

○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	午前 午後	時 分頃	天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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。

同乗中の事故の場合、自身の乗っていた車両の運転手と事故の相手運転手を「相手方」として2部ご用意ください。

様式第15号（第16条関係）

第三者行為による被害届

（**交通事故**）・その他の事故 ※1）

被 保 険 者	個人番号	102345678912		被保険者番号	01234567		医療福祉 制度の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/>	
	氏名	広域 太郎		生年月日	昭和8年1月1日生				
	事故発生の 日時及び場所	平成29年4月1日 午前・ 午後 0時30分頃 場所 茨城県水戸市赤塚1-1		事故当時の 心身等の状況	正常 ・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()				
	傷病名及び 傷病の状況や 程度 ※2	骨盤骨折、脳挫傷 かなりの重傷で意識不明		治療の見込み	入院	180日	通院	日	
	保険診療による 医療機関名	1. ○△医療センター		治療期間	費用	円			
		2. ○×病院			終了	年	月	日	
任意保険	会社名	△○損害保険株式会社		支店名	水戸支店		担当者	TEL	
							佐藤	029-****-****	
相 手 方	フリガナ 氏名	リョウキ ハナコ 連合 花子		性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和56年2月3日生		
	住所	水戸市〇〇町1-1		TEL	029-****-****		職業	会社員	
	車両の 保有者	1. 本人 (事故)		保有者は分かる範囲で記入		時の 心身等の状況	正常 ・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()		
	自 賠 責	証書番号	AX-123456						
		保険会社名	××海上火災保険株式会社						
	任 意 保 険	契約者氏名	連合 花子		契約者住所	水戸市〇〇町1-1			
加入の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無	証書番号	MKA-37269		対人賠償の対応	<input checked="" type="checkbox"/> 無		
保険会社名		××海上火災保険株式会社		支店名	水戸損害サービスセンター				
担当者		田中		TEL	029-〇〇〇-××××				
	損害賠償に関する交渉の経過 ※3 連合花子の加入している保険会社（××海上火災保険株式会社）で対応中。								
交通事故外 の被害行為 の発生状況	暴力行為やペット咬傷等 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください。 ・交通事故の場合には、事故状況報告書に詳しく記入してください。								
上記のとおり届けます。									
平成29年6月1日		住所 水戸市赤塚1-1		事故詳細確認のため必ず記入					
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て		氏名 広域 太郎							
		TEL 029 (309) 1214							

※1 その他の事故は、暴力行為やペットの咬傷等の交通事故外の場合です。

市町村確認欄（保険会社提出代行 有・無）

※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

※3 損害賠償に関する交渉の経過は、費用ごとに記入し、示談成立したときは示談書の写しを

交通事故の添付書類：事故状況報告書(別添1)、念書(別添2)、誓約書(別添3)、事故証明書(物件事故の場合は人身事故入り不能理由書を添付のこと。その他の事故の添付書類：念書(別添2)、誓約書(別添3-1)

市町村窓口で記入

(裏面)

その他交通事故外の被害行為の発生状況

交通事故外

(警察署 担当官へ 年 月 日に届出済)

被 保 険 者	個人番号	102345678912		被保険者番号	01234567		医療福祉 制度の有無	有 無	
	氏 名	広域 太郎		生年月日	昭和 8 年 1 月 1 日生				
	事故発生の 日時及び場所	平成 29 年 4 月 1 日 午前・ 午後 0 時 30 分頃 場所 茨城県水戸市赤塚 1-1			事故当時の 心身等の状況	正常 ・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()			
	傷病名及び 傷病の状況や 程度 ※2	右前腕犬咬創、左膝挫傷、左膝打撲傷			治療の見込み	入院 日 通院 5 日	費用	円	
	保険診療による 医療機関名	1. ○△医療センター			治療期間	H29.4.1~H29.4.21			
		2. 3.				~ ~			
任意保険	会社名	支店名		担当者	TEL				
相 手 方	フリガナ 氏 名	れんごう はなこ 連合 花子		性別	男・ 女	生年月日	昭和 56 年 2 月 3 日生		
	住 所	水戸市〇〇町 1-1		TEL	029-****-****		職業	会社員	
	車両の 所有者	1. 本 人 (事故当事者と車両所有者が同じ) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ())			事故当時の 心身等の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()			
	自 賠 責	証 書 番 号	任意保険に加入している場合						
	任 意 保 険	加入の有無	有 無	証書番号	MKA-37269		対人賠償の対応	有 無	
		保険会社名	××海上火災保険株式会社		支店名	水戸損害サービスセンター			
担 当 者		田中		TEL	029-〇〇〇-××××				
交通事故外 の被害行為 の発生状況	暴力行為やペット咬傷等 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください。 被保険者がミオスという商業用施設に入ろうとしたところ、駅に向かって散歩 中だった相手方の犬が被保険者の右腕に飛びつき受傷した。 ・交通事故の場合には、事故状況報告書に詳しく記入してください。								
上記のとおり届けます。 平成 29 年 6 月 1 日 住所 水戸市赤塚 1-1 事故詳細確認のため必ず記入 氏名 広 域 太 郎 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て TEL 029 (309) 1214									

※1 その他の事故は、暴力行為やペットの咬傷等の交通事故外の場合です。

市町村確認欄 (保険会社提出代行 有・**無**)

※2 傷病名及び傷病の状況や程度は、できるだけ詳しく記入してください。

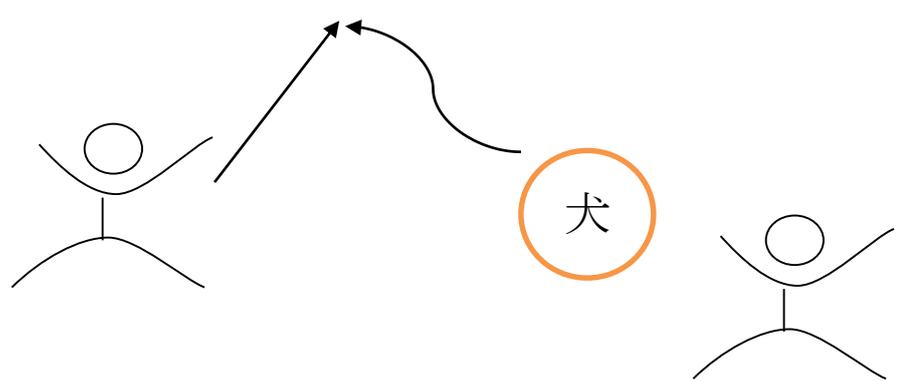
※3 損害賠償に関する交渉の経過は、費用ごとに記入し、示談成立したときは示談書の写し

交通事故の添付書類：事故状況報告書(別添 1)、念書(別添 2)、誓約書(別添 3)、事故証明書
由書を添付のこと。その他の事故の添付書類：念書(別添 2)、誓約書(別添 3-1)

市町村窓口で記入

(裏面)

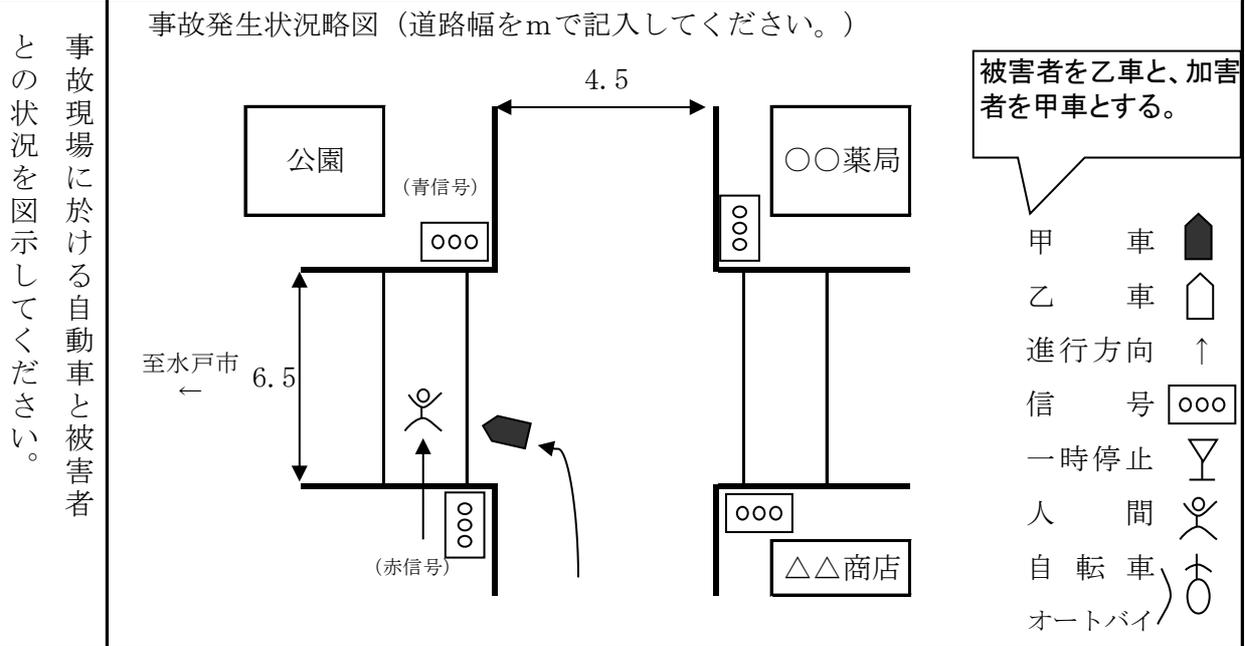
その他交通事故外の被害行為の発生状況

交 通 事 故 外	商業用施設 ミオス
	自動ドア
	
(警察署 担当官へ 年 月 日に届出済)	

別添 1

事 故 状 況 報 告 書

保険証明書 番号	加害自動車の契約する自 賠責保険の証明書番号	当 事 者	甲 (加害者運転者)	氏 名 連合 花子 (電話) 〇〇-〇〇〇〇			
自動車の番号	加害自動車の登録番号 (例) 水戸〇〇あ△△△ △		乙 (被 害 者)	氏 名 広域 太郎 (電話) 〇〇-〇〇〇〇	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	歩道 (両・片)	ある	ない	直線	カーブ
		してない					
信号又は標識	信号	ある	駐車禁止	されている	されていない	その他の標識 (例) 一時停止等	
		ない					
速 度	甲車両 30 km/h (制限速度 40 km/h)、乙車両 km/h (制限速度 km/h)						



上記図の説明を
書いてください。

(例) 甲が普通乗用車を運転して、△△商店方面から水戸市方面に向け交差点を左折する際、青信号で横断歩道上を歩行中の乙と衝突し、乙が負傷したもの

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

〇〇年 〇月 〇日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

記載者の署名及び捺印とし、甲または乙いずれかとの関係を記載する。

広域 太郎

別添 2

負傷した年月日を記載する。

念 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日(負傷の場所)において(加害者氏名)
の不法行為により(被害者氏名)の被った負傷について、後期高齢者医療制度の
給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償権を高齢者の医療の確保に関
する法律(昭和57年法律第80号)第58条第1項の規定によって茨城県後期高齢者医
療広域連合が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異
議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害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)をもれなく、
かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 4 本件保険事故について、貴殿又は貴殿から求償事務の委託を受けている受託者が損
害賠償請求権を行使するにあたって、私の個人情報を取得、利用すること及び請求資
料として診療報酬明細書(写)等の提出、自賠責保険への残額の調査等について同意
します。

届出日を記載する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

被害者(被保険者)の住所・氏名
の署名及び捺印とする。

住 所 〇〇〇
氏 名 広城 太郎

広
城
印

茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

別添3

誓 約 書

貴広域連合の後期高齢者医療制度の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払すること。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは後期高齢者医療分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため **加害者の自賠償保険契約会社及び共済名** 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

誓約日（届出日）を記載する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 〇〇〇
氏 名 連 合 花 子



保 証 人 住 所 △△△
氏 名 後 期 次 郎



茨城県後期高齢者医療広域連合長 様

保 有 者	住 所	加害車両の所有者の住所		
	氏 名	加害車両の所有者の氏名	証明書番号	加害自動車の契約する自賠償保険の証明書番号
加 害 者 (運転者)	住 所	加害者の住所		
	氏 名	加害者の氏名	誓 約 者 との続柄	(例) 本人
被 害 者 (被保険者)	住 所	被害者の住所		
	氏 名	被害者（被保険者）の氏名		

保険会社 御中

■ 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。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input checked="" 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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】「交通事故の届出をしていない」など</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	<p>○警察 ××担当官</p> <p style="text-align: center;">（判明している場合）</p>	届出年月日	平成○○年 ○○月 ○○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。

■ 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。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他（ ）</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒○○○ - ○○○○ 記入日 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">○○○○○○○○○○○○○○○○○○</p> <hr/> <p>氏名 ○○ ○○ ⑩</p> <hr/> <p>電話 ○○○（○○○）○○○○</p>

(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（契約者、運転手など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償を請求（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) 該当する口のすべてに○する

- 人身
- 請求
- 相違

同乗中の事故で事故証明書の添付が無い場合、同乗者本人の署名では×です。

運転手もしくは、目撃者の署名をお願いします。

下段の(注)に記載の通り、「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（契約者、運転手など）の方、または目撃者の方がご記入ください。（以下略）」とありますので、法第 16 条請求（被害者請求です。被保険者は運転手の被害者となります。）ですので、相手側（運転手）に署名をもらってください。

【 事案情報 被害者名 事故日 平成 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		午前 午後	○時 ○分頃	天候	
発生場所		負傷の場所					
当事者	甲	住所	相手先の住所		電話 ○○○(○○○)○○○○		
		氏名	相手の氏名	生年月日	明・大 昭・平	○年○月○日(○)才	
		自賠責保険契約先	相手先自動車の契約する自賠責保険の契約会社及び共済	自賠責保険証明書番号	第	号	
		登録番号	相手先自動車の登録番号 【例】水戸□□あ△△	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
	乙	住所	被保険者の住所		電話 ○○○(○○○)○○○○		
		氏名	被保険者の氏名	生年月日	明・大 昭・平	○年○月○日(○)才	
		自賠責保険契約先	被保険者自動車の契約する自賠責保険の契約会社及び共済	自賠責保険証明書番号	第	号	
		登録番号	被保険者自動車の登録番号 【例】水戸□□あ△△	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			

裏面の甲乙以下の各項目は必ず必要です。
通常物件事故の事故証明の添付がある場合でも記載の必要がありますので必ず記載漏れの無いようにお願いします。

※ 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。

交通事故証明書サンプル

交通事故証明書

東京都〇〇区〇〇町1丁目2番

日本太郎 殿

事故届台 番号	届 町 番 第 12345 号	甲・乙・との説明 本人・代理人											
発生日時	平成16年 3月12日 午前 0時30分ごろ												
発生場所													
甲	住所	東京都〇〇区〇〇町1丁目2番 (区43-0000-0000)										甲・乙以外の当事者 無	
	フリガナ 氏名	日本太郎			生年 月日	昭和32年 10月 3日 男 (46歳)							
	車種	自家用 普通自動車			車両 番号	品川300000000000							
	自賠責 保険関係	有り 安全大抵補上			証明 番号	123456789							
	事故時の 状況	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他											
乙	住所	東京都△△市△△町1234番地 (区042-0000-0000)											
	フリガナ 氏名	東京 花子			生年 月日	昭和30年 5月 27日 女 (48歳)							
	車種				車両 番号								
	自賠責 保険関係				証明 番号								
事故時の 状況	○ 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他												
事故類型	○ 人為車同	車両相互					車両単独					陪 切	不 - 理 在 中
		正面 衝突	側面 衝突	追 突	追 突	その他	転 倒	路 外 逸 脱	新 突	その他			

発行された交通事故証明書で、右下の照合記録簿の種別が、

「物件事故」の場合は、別添「人身事故証明書入手不能理由書」が必要になります。

証明番号

12345

照合記録簿の種別

人身事故

交通事故がおきたときは

1. 警察に事故の届出をしてください。

- (1) 警察への届出の無い事故については交通事故証明書の発行はできません。
- (2) 交通事故がおきたら、取り扱いを受けた警察署(高速隊)、発生場所等を確認して、下記の申請方法で証明書を取得して下さい。

2. 申請は最寄りのセンター事務所で

- (1) 最寄りのセンター事務所に申請して下さい。
- (2) 他府県でおきた交通事故についても、申請できます。(その場合は後日郵送となります。)

茨城	311-3116	東茨城郡茨城町大字長岡 3783-3	029-293-8822
		(茨城県警察本部運転免許センター内)	029-293-8823

申請方法

1. 申請できる方は

- (1) 交通事故の加害者
- (2) 交通事故の被害者
- (3) 交付を受けることについて、正当な利益のある方(例 損害賠償の請求権のある親族、保険の受取人等)
- (4) 交通事故証明書は、人身事故については事故発生から5年、物件事故については事故発生から3年をそれぞれ経過したものについては原則交付できません。

2. 申請用紙

- (1) 申請用紙(郵便振替申請用紙または窓口申請用紙)は、センター事務所のほか、警察署・交番・駐在所等に備え付けてあります。

3. 申し込みの方法等

- (1) 郵便振替による申し込み
 - ① 郵便振替用紙に必要な事項を記入のうえ、最寄りの郵便局に手数料を添えてお申込み下さい。交付手数料は1通につき540円です。
 - ② 証明書は、申請者の住所又は郵送希望宛先へ郵送します。(通信欄に記入して下さい。)
- (2) 直接窓口での申し込み
 - ① センター事務所の窓口において、窓口申請用紙に記入のうえ、手数料を添えてお申込み下さい。
 - ② 交通事故資料が警察署等から届いていれば、原則として即日交付します。
 - ③ 事故資料が届いていない場合は、後日、申請者の住所又は郵送希望宛先へ郵送します。(他府県での事故の場合は、後日郵送となります。)

※ 自動車安全運転センターのサイトからの申し込み可