

第三者の行為に係る届出書		受付	区	年	月	日	局	年	月	日
(届出先) 横浜市長 次のとおり関係書類を添えて届け出ます。 横浜市が第三者（第三者自動車の保険会社等）に損害賠償請求を行うに当たり、第三者の行為と要介護状態との因果関係を確認するため、医師等関係人に照会すること及び私の介護保険要介護認定関係書類を第三者に対する損害賠償請求のための証拠として使用することに同意します。 年 月 日 被保険者 住所 氏名 印 (電話) (本人自署の場合は、押印不要です。)										
被保険者番号					生年月日	年 月 日生				
要介護状態区分				認定有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日				
居宅介護支援事業所名				事業者番号						
医療保険者		<input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険（横浜市後期高齢者医療も受給） <input type="checkbox"/> その他（ ）								
第三者	氏名				生年月日	年 月 日生				
	住所				電話番号					
第三者の使用者	氏名又は名称及び代表者									
	住所又は所在地				電話番号					
第三者行為	発生日時	年 月 日			時 分 頃					
	発生場所及び内容	(発生場所) (内容)								
介護サービスの利用状況	サービス種類	事業所名			事業者番号		利用開始年月日			
自動車事故の場合の第三者自動車	自賠責保険契約会社名				証明書番号	第 号				
	担当事務所及び担当者名				電話番号					
	契約者住所				契約者氏名					
	登録番号又は車両番号				車台番号					
	任意保険契約会社名				証券番号					
	担当事務所及び担当者名				電話番号					
	契約者住所				契約者氏名					
損害賠償に関する交渉の経過										

第三者の行為に係る届出書		受付	区	××年	××月	××日	局	××
記載例								
(届出先) 横浜市長 次のおり関係書類を添えて届け出ます。 横浜市が第三者（第三者自動車の保険会社等）に損害賠償請求を行うに当たり、第三者の行為と要介護状態との因果関係を確認するため、医師等関係人に照会すること及び私の介護保険要介護認定関係書類を第三者に対する損害賠償請求のための証拠として使用することに同意します。 平成〇〇年 〇〇月 〇〇日 被保険者 住所 横浜市 中区 港町 1 - 〇 氏名 横浜 太郎 印 (電話) 671-〇〇〇〇 (本人自署の場合は、押印不要です。)								
被保険者番号		0123456789			生年月日		昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	
要介護状態区分		要介護4		認定有効期間		平成〇〇年4月1日～平成〇〇年9月30日		
居宅介護支援事業所名		〇〇居宅介護支援事業所			事業者番号		1470000000	
医療保険者		<input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 横浜市国民健康保険 (横浜市後期高齢者医療も受給) <input type="checkbox"/> その他 ()						
第三者	氏名	鶴見 一郎			生年月日		昭和〇〇年〇〇月〇〇日生	
	住所	横浜市鶴見区鶴見中央3-〇 ツルミマンション 101			電話番号		510-〇〇〇〇	
第三者の使用	氏名又は名称及び代表者	ヨコハマ運輸株式会社 代表取締役 神奈川 次郎						
	住所又は所在地	西区中央2-〇			電話番号		320-〇〇〇〇	
第三者行為	発生日時	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日			午後 5時 30分 頃			
	発生場所及び内容	(発生場所) 中区日本大通1-〇 (内容) 被保険者運転の自動車と第三者運転の自動車との衝突事故						
介護サービスの利用状況	サービス種類	事業所名		事業者番号		利用開始年月日		
	訪問介護 福祉用具貸与	ヘルパーステーション〇〇 福祉用具ショップ〇〇		1478901234 1470111111		平成〇年1月〇日 平成〇年2月〇日		
自動車事故の場合の第三者自動車	自賠責保険契約会社名	〇〇海上火災保険			証明書番号		第 ABC-000000 号	
	担当事務所及び担当者名	南第一サービスセンター			電話番号		743-〇〇〇〇	
	契約者住所	西区中央2-〇			契約者氏名		ヨコハマ運輸株式会社	
	登録番号又は車両番号	横浜44は 〇〇〇〇			車台番号		EX〇〇-〇〇〇〇	
	任意保険契約会社名	損害保険〇〇			証券番号		YH1234-56789	
	担当事務所及び担当者名	港南第二サービスセンター			電話番号		750-〇〇〇〇	
契約者住所	西区中央2-〇			契約者氏名		ヨコハマ運輸株式会社		
損害賠償に関する交渉の経過 入院等治療費についての請求には応じると回答がありますが、示談交渉は継続中です。								

念 書 (兼同意書)

年 月 日^{場所}() において
相手方 () により (^{被保険者}) の被った事故について、
介護保険法による保険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請求権
を介護保険法 (第21条第1項及び第3項) の規定によって保険者 (横浜市) が介護給
付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ないことをここに
書面をもって申立てます。

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職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、
かつ遅滞なく貴職に届出ること。
- 4 私が保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳 (その見込みを含む) 等
事項の情報について、関係損害保険会社が貴職へ情報提供し、貴職が関係損害保険会
社等からその提供を受けること。
- 5 貴職が損害賠償請求事務において必要な事項 (介護報酬明細書及び被害届等資料の
写し) 並びにこの念書 (兼同意書) を、関係損害保険会社へ提供すること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

(申請先)

横 浜 市 長

念書（兼同意書）

平成〇〇年〇〇月〇〇^{場所}日（ 中区日本大通1-〇 ）において
相手方（ 鶴見 一郎 ）により（ ^{被保険者} 横浜 太郎 ）の被った事故について、
介護保険法による保険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請求権
を介護保険法（第21条第1項及び第3項）の規定によって保険者（横浜市）が介護給
付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ないことをここに
書面をもって申立てます。

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職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、
かつ遅滞なく貴職に届出ること。
- 4 私が保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込みを含む）等
事項の情報について、関係損害保険会社が貴職へ情報提供し、貴職が関係損害保険会
社等からその提供を受けること。
- 5 貴職が損害賠償請求事務において必要な事項（介護報酬明細書及び被害届等資料の
写し）並びにこの念書（兼同意書）を、関係損害保険会社へ提供すること。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住 所 横浜市 中区 港町 1-〇

氏 名 横浜 太郎



（申請先）

横 浜 市 長

事 故 発 生 状 況 報 告 書

記載例

自賠責保険 証明書番号	第ABC-000000号	当 事 者	甲（相手方）	氏名 鶴見 一郎 (電話) 510-0000		
登録番号 (車両番号)	横浜44は0000		乙（被保険者）	氏名 横浜 太郎 (電話) 671-0000	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 信号又は標識	横断歩道 歩道橋等	ある なし	そこから事故現場まで の距離(人対車のみ)	m	渋滞 有 無	見通し 良い 悪い
	信号	ある ない	甲 青・黄・赤 乙 青・黄・赤	一時停止 標識	ある 甲側 ない 乙側	駐停車 されている 禁止 されていない
	一方通行 規制	ある ない	甲車進行方向 乙車進行方向	その他の規制		
速 度	甲車両 不明 km/h(制限速度 km/h) 乙車両 50 km/h(制限速度 40km/h)					
事 故 発 生 状 況 略 図	※損害保険会社等と過失割合を決める際の重要な資料となるため、詳細に記入してください。 ※事故発生場所及び状況等がわかるように、目印となる建物や道幅(m)等を記入して下さい。					
上 記 図 の 説 明	乙は、見通しのよい片側1車線を時速50kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部と衝突しました。					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

報告者 甲との関係()
 乙との関係(**本人**) 横浜 太郎 **横浜**印

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。)

理由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<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: 5px 0;">【理由】</div> <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; margin: 5px 0;">【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 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。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	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	<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： _____ 年 月】

○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。

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇海上火災

保険会社 御中

記載例(表)

■ 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。	<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。） 【理由】
	<input checked="" type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 事故当時異常がなく、後日痛みだし病院にて治療を受けたため。
◆ 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	〇〇警察 〇〇担当官 (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。)

■ 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。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者 ※相手方に	住所 〒231-0017 記入日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
<input type="radio"/> 目撃者 拒否されたため	横浜市中央区港町1-0
<input type="radio"/> その他 ()	氏名 横浜 太郎 (横浜)印
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 671-0000

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	<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： 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		平成〇〇年〇〇月〇〇日		午前 午後	5時30分頃	天候	雨	
発 生 場 所		横浜市中区日本大通1-〇						
当 事 者	甲	住 所						
		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	横浜市中区港町1-〇		電話			671-〇〇〇〇
		氏 名	横浜 太郎	生 年 月 日	明・大 昭・平	〇〇年〇〇月〇〇日(〇〇)才		
		自賠償保 険契約先	〇〇損害保険		自賠償保 険証 明書番号	第 ZE 〇〇-〇〇〇〇 号		
		登録番号	横浜34ま 〇〇〇〇		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。

