

損害賠償申告書(交通事故用)

組合員番号(=社員番号8桁)								組合員氏名				組合員生年月日			
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ) キョウサイ タロウ 共済 太郎				(和暦) 平成 2 年 1 月 1 日			
所属局所 部(課)名								日中の連絡先 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号を記入してください							
埼玉郵便局 ○○部								職場 048-888-8888				自宅・携帯 090-0000-0000			
以下の質問にお答えください															
業務が原因・通勤途上の負傷ですか はい・いいえ ※『はい』の場合は、請求書作成前に所轄の労働基準監督署へお問い合わせください															

※ 通勤途上や業務上のケガや病気は労災保険の給付対象となるため、マイナ保険証等を使用して医療機関を受診することはできません。ただし、負傷した状況等によっては、労災保険の給付対象外となる場合もあるので、勤務先を管轄する労働基準監督署にご相談ください。

内容記入欄

事故発生日	(和暦) 令和 ○ 年 6 月 12 日	保険診療開始日	(和暦) 令和 ○ 年 6 月 12 日
被害者氏名(当方)	(フリガナ) キョウサイ タロウ	組合員との続柄	本人
	氏名 共済 太郎	相手有無 ※自損事故は無に○	有・無・不明
加害者氏名及び住所 ※1(相手方)	(フリガナ) オオミヤ イチロウ	加害者との関係	他人・親族
	氏名 大宮 一郎	加害者が親族の際被害者との続柄	
	住所 埼玉県さいたま市中央区新都心11111		
被害の状況(ケガの箇所)及び治療に要する見積額 ※2	右脚骨折(全治3か月) 見積額 未定		
治療に要した自己負担分の医療費について、加害者側への損害賠償の予定(該当箇所へチェックをしてください)	<input checked="" type="checkbox"/> 相手の任意保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 相手の自賠責保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 相手が保険未加入または不明のため、相手から直接損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 自分の任意保険から損害賠償を受ける(受けた) <input type="checkbox"/> 自己負担分は自身で負担する(負担した) <input type="checkbox"/> その他()		
上記のとおり申告します。 また、共済組合より損害賠償金請求にかかる損害保険会社等へ被害者の個人情報(診療内容を含む)を開示及び提供することについて同意します。			
日本郵政共済組合 様 (和暦) 令和○ 年 6 月 13 日		申告者 〒 330-0081 (組合員) 住所 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1 氏名 共済 太郎	

※1 加害者が明らかでないときは、その旨を記入してください。後日、加害者が判明した場合には速やかに共済組合へ連絡してください。

※2 受傷名、受傷部位、要治療期間及び治療費の見積額を記入してください。

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	登録	1	2	処理
-------------	----	----	---	---	----	---	---	----

2024.12改正(給付担当)

記入例 1 (物損事故証明書あり)

人身事故証明書入手不能理由書

日本郵政共済組合 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。 ※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 checked="" 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(理由を具体的に記入してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記入してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p>		
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記入してください。			
届出警察	×××警察 ××× 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和〇年 ××月 ××日

次頁へ (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、次頁の事故当事者、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 checked="" 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 令和〇年 ××月 ××日</p> <p style="text-align: center;">〇〇県△△市□□町××丁目××-×</p> <p>氏名 ○○ ○○ <input checked="" type="radio"/></p> <p>電話 〇90-×××× ×××</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)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方ご記入ください。賠償をした側が請求(法第16条)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方ご記入ください。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない場合は、その理由を記入し、被害者の記名・押印をしてください。

(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。

◆ 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: 】

本紙への記入は不要

○ 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、以下の項目は記入不要です。)

発 生 年 月 日 時		天 候			
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電 話		
		氏 名	生 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 者	
	乙	住 所	電 話		
		氏 名	生 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	() 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	() 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	() 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入してください。

記入例 2 (交通事故証明書に氏名の記載がない場合)

人身事故証明書入手不能理由書

日本郵政共済組合 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。 ※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 checked="" 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(理由を具体的に記入してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記入してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p>		
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記入してください。			
届出警察	×××警察 ××× 担当官 (判明している場合)	届出年月日	令和〇年 ××月 ××日

次頁へ (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、次頁の事故当事者、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 checked="" 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 令和〇年 ××月 ××日</p> <p style="text-align: center;">〇〇県△△市□□町××丁目××-×</p> <p>氏名 ○○ ○○ <input checked="" type="radio"/></p> <p>電話 〇90-×××× ×××</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)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方ご記入ください。賠償をした側が請求(法第16条)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方ご記入ください。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない場合は、その理由を記入し、被害者の記名・押印をしてください。

(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。

◆ 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: 】

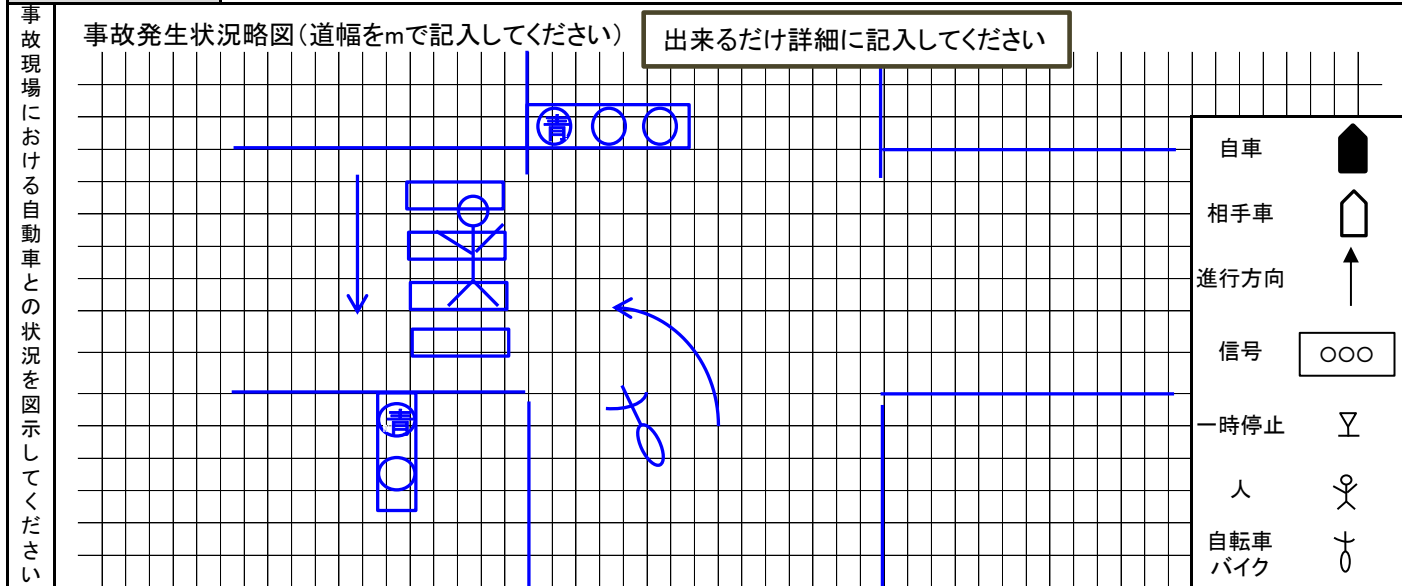
- 交通事故概要記入欄
 (物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記入不要です。)

発 生 年 月 日 時		令和〇年××月××日午前 10 時 30 分頃		天 候	晴 れ
発 生 場 所		〇〇県◆◆市■△〇町××丁目××-×付近			
加害者	住 所	〇〇県△△市□□町××丁目××-×		電話 090-xxxx-xxxx	
	氏 名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇年×月×日 (50) 才	
	自 賠 責 保 険 契 約 先	××損害保険株式会社		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 ABC×××123 号
	登 録 番 号	埼××か×××		事 故 時 の 状 況	運 転 者 〇〇 〇〇
被害者	住 所	〇〇県◆◆市■△〇町××丁目××-×		電話 080-xxxx-xxxx	
	氏 名	□□ □□□	生 年 月 日	平成〇年×月×日 (27) 才	
	自 賠 責 保 険 契 約 先	△〇□損害保険株式会社		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 12B×××123 号
	登 録 番 号	埼××あ×××		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他
乙の同乗者	住 所	〇〇県◆◆市■△〇町××丁目××-×		電話 090-xxxx-xxxx	
	氏 名	□□ 〇〇	生 年 月 日	令和〇年×月×日 (0) 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	
事 者 丁	住 所			電 話	
	氏 名		生 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	
事 者 戊	住 所			電 話	
	氏 名		生 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入してください

事故発生状況報告書(交通事故用)

当事者	当方	氏名	共済 太郎		当方車種等	運転・同乗 (歩行・その他()) 車・バイク・自転車 (歩行者・その他())			
		傷病名	右脚骨折						
		負傷部位	頭・頸・背・胸・腹・腰・腕・脚 (脚) その他		経過	(入院)・通院・その他()			
相手	氏名	大宮 一郎		相手方車種等	(運転・同乗・歩行・その他()) 車 (バイク)・自転車・歩行者・その他()				
天候	(晴)・曇・雨・雪・霧		交通状況	混雑・普通 (普通)・閑散		明暗	(昼間)・夜明・明け方・夕方		
道路状況	舗装 (してある)・してない)		歩道 (両)・片)	直線・カーブ・交差点		(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)		自転車側信号 (青)・赤 ()	駐停車禁止 (されている)・されていない)		その他標識			
			相手側信号 (青)・赤 ()						
速度	当方車両	km/h(制限速度	km/h)	相手方車両	20	km/h(制限速度	40	km/h)	



上記の説明を書いてください

横断歩道を青信号で渡っていたところ、加害者運転のバイクが交差点を左折してきて、横断歩道上で衝突した。

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

(和暦)

令和 〇 年 6 月 13 日

報告者 被害者との関係(相手者側保険会社) 氏名 〇〇損害保険株式会社 与野 三郎



※ 報告者が組合員又は被害者(以下「組合員等」という。)以外の場合は、組合員等が上記報告書の内容を確認の上、以下に署名押印をお願いします。

氏名 共済 太郎



保険加入報告書(交通事故用)

事故発生年月日	(和暦) 令和 ○ 年 6 月 12 日 午前・ 午後 15 時 25 分頃
---------	--

【相手方の自動車保険】

自賠責保険	保険会社名	(株) ◆◆海上火災保険 △△出張所			
	運転者	氏名	大宮 一郎		
		住所	〒 330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心11111		
	保険契約者	氏名	同上	運転者との関係	本人
		住所	〒		
	車の所有者	氏名	同上	契約者との関係	本人
住所		〒			
自賠責証明書番号	×××××-×××-×××××				

任意保険	保険会社 (サービスセンター名)	▼▼損害保険(株) さいたまサービスセンター		
	住所	〒 330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心2-22-2222		
	担当者	与野 三郎	TEL	048-999-9999
	保険契約者	大宮 一郎		
	契約証番号	×××××-×××-×××××		
	任意一括支払について	有	無	※ 任意一括払とは、自賠責保険だけの対応ではなく、任意保険会社に対応している場合です。

【組合員または被扶養者の自動車保険】

任意保険	保険会社 (サービスセンター名)	株式会社〇〇損害保険 さいたま営業所		
	住所	〒 330-0081 埼玉県さいたま市中央区新都心2-22-333		
	担当者	浦和 マサ子	TEL	048-666-5555
	保険契約者	共済 太郎		
	契約証番号	×××××-×××-×××××		

同意書

(受診者氏名)

(和暦)

私 共済 太郎 は、令和 〇 年 6 月 12 日の事故の損害賠償に関する下記の事項について同意します。

記

1 個人情報に関すること（医療機関等で作成される診療報酬明細書（レセプト）等を含む）

- ① 日本郵政共済組合が損害賠償額算定の判定・損害賠償金請求のために利用すること。
- ② 日本郵政共済組合が以下のア及びイ、並びにその他の業務上必要とする範囲で取得・利用・提供又は登録すること。
 - ア 日本郵政共済組合が、前記①の業務のため業務委託先、医療機関、保険会社、損害賠償請求に関する関係先等に提供すること。又は、これらの者から提供を受けること。
 - イ 日本郵政共済組合が保険制度の健全な運営のために損害保険会社等に提供もしくは登録し、又は、これらのものから提供を受けること。

2 高額療養費等の返還請求に関すること

日本郵政共済組合から給付される高額療養費及び附加給付^(※1)に関し、病院の窓口での自己負担額に基づいて計算された金額と、第三者加害行為の示談後、過失割合及び加害者（損害保険会社等を含む。）からの損害賠償額を考慮して再計算された金額に差額が生じた場合、日本郵政共済組合から請求があった際に差額を返還^(※2)すること。

以上

(作成日)

令和 〇〇 年 △△ 月 □□ 日

日本郵政共済組合 共済センター長 殿

組合員

住 所 埼玉県さいたま市中央区新都心3-1

氏 名 共済 太郎

被扶養者が診療を受けた場合、枠内もご記入ください。

住 所

氏 名

組合員との関係

※1 高額療養費及び附加給付：マイナ保険証等を使用した診療又は調剤について、病院の窓口での自己負担額が、一定の上限額（自己負担限度額）を超えたとき、その超えた額について日本郵政共済組合から支給される給付金

※2 返還時の払込手数料については貴殿の負担となります。

損害賠償承諾書

(和暦)

(受診者氏名)

令和〇年6月12日に発生した**共済 太郎**との事故（暴行事件等を含む。）による傷病に係る、日本郵政共済組合が支払った医療費について過失割合に応じて、私が責任をもって日本郵政共済組合に支払うことを承諾します。

(作成日)

令和〇年6月15日

日本郵政共済組合共済センター長 殿

相手方の任意保険会社に対応する場合は、
任意保険会社の署名、捺印をお願いします。

損害賠償支払義務者（未成年の場合は親権者）

住所 **埼玉県さいたま市中央区新都心11111**

氏名 **大宮 一郎**



TEL **048-999-0000**

相手方から署名捺印をもらえない場合は、
その理由を記入してください。

【本件についてのご意見】※ご意見があればご記入ください。

（例1）組合員または被扶養者の過失が大きく、相手の署名・捺印を得られない

（例2）相手が非を認めないため、署名・捺印を得られない 等

