

冊子② ご請求に関する書類

政府の保障事業



ご準備ください。

国土交通省

◆ ご請求に必要な書類一覧 兼 チェックシート ◆

◆ ※…本冊子に収録している書類 ◎…必ず提出する書類 ○…必要に応じて提出する書類

◆ 書類を取り揃えるにあたっての留意事項などにつきましては、次頁「ご請求に必要な書類」をご参照ください。

1. 必要な書類について（共通）						
※	書 類 名	作成者 発行者	請求区分			確認欄
			傷	後	死	
※	(1) ご請求にあたっての申告事項について	請求者	◎	◎	◎	□
※	(2) 自動車損害賠償保障事業への損害の填補請求書	請求者	◎	◎	◎	□
※	(3) 人身傷害補償保険（共済）へのご請求に関する確認書	請求者	◎	◎	◎	□
※	(4) 填補額支払指図書（振込依頼書）	請求者	◎	◎	◎	□
	(5) 交通事故証明書（人身事故扱いのもの）	自動車安全 運転センター	◎	◎	◎	□
※	(6) 事故発生状況報告書（保障事業）	原則として 事故の被害者	◎	◎	◎	□
※	(7) 診断書等、治療の有無および治療内容を立証する書類	病院・医院	◎	◎	◎	□
※	(8) 同意書（政府の自動車損害賠償保障事業）	事故の被害者	◎	◎	◎	□
2. ご請求を弁護士などに委任した場合						
※	(1) 「委任契約書」のコピー、「委任契約書」がない場合は「委任状」*および委任者の「印鑑登録証明書」 ※「委任状」のみ本冊子に収録しています。	委任者 市区町村	◎	◎	◎	□
3. 被害者が請求時点で未成年の場合						
	(1) 親権者を確認できる「戸籍謄本（または抄本）」 ◆ 親権者の連名による請求が可能ですが、連名で請求されない場合は、(1)に加えて下記(2)の書類が必要です。	市区町村	◎	◎		□
	(2) 一方の親権者から他方の親権者への「委任状」および一方の親権者の「印鑑登録証明書」	委任者 市区町村	○	○		□
4. 通院にあたり交通費が発生し、ご請求される場合						
※	(1) 「通院交通費明細書」	請求者	◎			□
	(2) タクシーを利用した場合は「レシート」または「領収書」	タクシー会社	○			□
	(3) 病院等の駐車場を利用した場合は「レシート」または「領収書」	駐 車 場 管理会社等	○			□
5. 休業損害が発生し、ご請求される場合						
◆ 事故発生当時、給与所得者（パート・アルバイトを含む）の方						
※	(1) 勤務先記入の「休業損害証明書」	雇用主	◎			□
	(2) 「源泉徴収票」（事故前年のもの）	雇用主	◎			□
◆ 事故発生当時、事業所得者あるいは事業所得者の家族専従者（従業員）の方						
	(1) 「確定申告書（控）」（事故前年のもので税務署の受付印のあるもの）	請求者	◎			□
◆ 事故発生当時、家事従事者の方						
	(1) 「住民票」（続柄の省略のない世帯全体の記載があるもの）	市区町村	◎			□
6. 後遺障害についてご請求される場合						
	(1) 病院・医院発行の「後遺障害診断書」	病院・医院		◎		□
7. 死亡についてご請求される場合						
	(1) 病院・医院発行の「死体検案書」または「死亡診断書」	病院・医院			◎	□
	(2) 相続人確認のため、亡くなられた本人について、出生から死亡までの省略のない連続した「戸籍（除籍）謄本」	市区町村			◎	□
	(3) 法定相続人および遺族慰謝料請求権者（被害者の配偶者、子および父母）各人の「戸籍謄本（または抄本）」	市区町村			◎	□
	(4) 法定相続人が請求時点で未成年の場合、「念書」	親権者			○	□

◆ ご請求に必要な書類 ◆

1. 必要な書類（共通）

(1) 「ご請求にあたっての申告事項について」

- ◆ 健康保険等の被保険者証のコピーは、保険者番号および被保険者記号・番号をマスキングしたものを添付してください。

(2) 「自動車損害賠償保障事業への損害の填補請求書」

(3) 「人身傷害補償保険（共済）へのご請求に関する確認書」

(4) 「填補額支払指図書（振込依頼書）」

(5) 「交通事故証明書」（人身事故扱いのもの）

- ◆ 申請用紙を最寄りの自動車安全運転センター、警察署、交番、または駐在所などより入手し自動車安全運転センターに発行を依頼してください。

(6) 「事故発生状況報告書（保障事業）」

(7) 「診断書」等、治療の有無および治療内容を立証する資料

- ◆ 事故で治療を受けた全ての病院等の「診断書」、および診療の内訳がわかる資料（診療報酬明細書（入院または入院外））のご提出が必須です。
 - ※ 事故による怪我の治療が終了してからご請求してください。
 - ※ 診断書などに保険者番号および被保険者記号・番号の記載がある場合はマスキングのうえご提出ください。
 - ※ 薬局にて院外処方を受けた場合は、調剤報酬明細書、調剤明細書、領収書等の損害立証資料をご提出ください。
 - ※ 整骨院等で施術を受けた場合は、「施術証明書・施術費明細書」が必須です。「施術証明書・施術費明細書」の用紙は損害保険会社（組合）の受付窓口にて備え付けてあります。

(8) 「同意書（政府の自動車損害賠償保障事業）」

－ 請求方法・内容に応じ、以下の書類を追加でご提出ください －

2. ご請求を弁護士などに委任した場合

(1) 「委任契約書」のコピー、「委任契約書」がない場合は「委任状」と委任者の「印鑑登録証明書」

- ◆ 委任契約書には損害賠償請求および受領に係る一切の権限を委任していること、また事故および被害者が特定できることが記載されているものがが必要です。

3. 被害者が請求時点で未成年の場合

(1) 親権者を確認できる「戸籍謄本（または抄本）」

- ◆ 親権者が複数いる場合、連名による請求が可能です。連名でご請求されない場合は、上記（1）に加えて下記（2）の書類が必要です。

(2) 一方の親権者から他方の親権者への「委任状」と一方の親権者の「印鑑登録証明書」

- ※ 諸事情により「委任状」のご提出ができない場合は損害保険会社（組合）の受付窓口にご相談ください。

4. 通院に当たり交通費が発生し、ご請求される場合

(1) 「通院交通費明細書」

- ※ 内訳を記載のうえご提出ください。

(2) タクシーを利用した場合は「レシート」または「領収書」

(3) 病院等の駐車場を利用した場合は「レシート」または「領収書」

5. 休業損害が発生し、ご請求される場合

- ◆ 事故発生当時、給与所得者（パート・アルバイトを含む）の方
 - (1) 勤務先記入の「休業損害証明書」
 - (2) 「源泉徴収票」（事故前年のもの）
- ◆ 事故発生当時、事業所得者あるいは事業所得者の家族専従者（従業員）の方
 - (1) 「確定申告書（控）」（事故前年のもので、税務署の受付印のあるもの）
- ◆ 事故発生当時、家事従事者^{*1}の方
 - (1) 「住民票」^{*2}（続柄の省略のない世帯全体の記載があるもの）

※1 家事従事者には専業主婦【主夫】（＝仕事に就いておらず、同居の家族がおり、主な家事について被害者が従事）も該当します。また、兼業主婦【主夫】（＝家事の他、短時間のパート・アルバイト等の仕事にも従事）でも仕事での休業損害がない（少ない）場合は、家事従事者としての休業損害が認められることがあります。

※2 「住民票」は家事従事者としての休業損害を請求する時のみ必要です。

6. 後遺障害についてご請求される場合

- (1) 病院・医院発行の「後遺障害診断書」

※ 「後遺障害診断書」の用紙は損害保険会社（組合）の受付窓口に備え付けてあります。

7. 死亡についてご請求される場合

- (1) 病院・医院発行の「死体検案書」または「死亡診断書」
- (2) 相続人確認のため、亡くなられた本人について、出生から死亡までの省略のない連続した「戸籍（除籍）謄本」
- (3) 法定相続人および遺族慰謝料請求権者（被害者の配偶者、子および父母）各人の「戸籍謄本（または抄本）」
- (4) 法定相続人が請求時点で未成年の場合、「念書」

※ 「念書」の用紙は損害保険会社（組合）の受付窓口に備え付けてあります。

8. その他の留意事項

- ◆ 各書類は「コピー」と記載があるものを除き、必ず原本をご提出ください。なお、ご提出いただいた原本は原則ご返却できません。
- ◆ 政府保障事業への請求を行う場合は、法令により請求に必要な書類を提出することが義務付けられています。請求関係書類をご提出いただけない場合は、保障事業からの損害の一部または全部のお支払いができない場合がありますのでご注意ください。

ご不明な点がございましたら、損害保険会社（組合）の受付窓口までご相談ください。

◆ ご請求にあたっての申告事項について ◆

.....年.....月.....日

政府保障事業への請求にあたり、以下のとおり申告いたします。

ご回答者氏名	
被害者の職業（事故当時）	給与所得者、会社役員、自営業、家事従事者、パートアルバイト、無職、学生、 その他（ ）

1. 事故発生時の行動目的について

事故発生時の行動目的について該当するものにチェック（✓）のうえ各々の内容についてご回答ください。

勤務中あるいは通勤中【こちらにチェック（✓）した場合は下欄もご回答願います。】

(1) 事故当時のご勤務先についてご回答ください。

【名 称】

【住 所】

【連絡先】

(2) 「通勤中」の場合、以下の該当欄にチェック（✓）し、各々の内容についてご回答ください。

① 立ち寄りせず、通常の通勤経路上で事故に遭遇した。

② 通勤中、立ち寄りをした際に事故に遭遇した。

以下の内容についても、ご回答あるいはチェック（✓）願います。

◆ 事故当日、（ ご自宅・ ご勤務先）の出発時刻（ 午前・ 午後）.....時.....分）

◆ ご勤務先の始業時刻（始業： 午前・ 午後.....時.....分）

◆ ご勤務先の終業時刻（終業： 午前・ 午後.....時.....分）

以下の内容については、上記②をチェック（✓）された場合のみご回答あるいはチェック（✓）願います。

◆ 立ち寄り目的（.....）

◆ 立ち寄り先で要した時間（.....時間.....分）

◆ 立ち寄り先の名称（.....）

◆ 立ち寄り先の住所（.....）

◆ 立ち寄り先は（ 通勤経路上 ・ 通勤経路外）

◆ 事故発生場所は（ 立ち寄り先に向かう間 ・ 立ち寄りを終え、出社・帰宅する間）

私用中

通学中

その他【こちらにチェック（✓）した場合は下欄もご回答願います。】

— 「その他」の場合は、あなた様の事故当時の行動状況について、詳細をご回答ください —

.....

.....

.....

2. 通院交通費の請求に関する意思確認について【該当するものにチェック（✓）願います】

請求する【「通院交通費明細書」を作成のうえご請求願います】。

請求しない【 特に請求意思がない・ 費用が生じていない】。

3. 休業損害の請求に関する意思確認について【該当するものにチェック（✓）願います】

請求する【「ご請求に必要な書類」を参照のうえ書類を取り揃え願います】。

請求しない【こちらにチェック（✓）した場合は以下の該当するものにチェック（✓）願います】。

－ 請求しない理由について －

- 事故当時、仕事に就いておらず（無職であった）、家事従事者にも該当しないため
- 事故で仕事・家事を休んでいないため
- 事故で仕事は休んだ（年次有給休暇で休んだ場合は除く）が、給与は全額支給されたため
- その他
（理由：.....）

4. 示談状況について【ひき逃げ事故によるご請求の場合は回答不要です】

賠償責任者からの受領金がありながらその申告がなく、賠償責任者および政府から二重の支払いを受けたことが判明した場合は、返金を求めることとなりますので、正確にご回答ください。

人身損害について示談成立【こちらにチェック（✓）した場合は下欄もご回答願います】。

－ 示談内容について －

- ◆ 保険会社（組合）名（.....） ◆ 過失割合（貴方様.....%：相手.....%）
 - ◆ 示談額（金額：.....円） ◆ 受領年月日（.....年.....月.....日）
- ※ 示談書（人身損害）コピーをご提出願います。

人身損害について示談未成立【こちらにチェック（✓）した場合は下欄もご回答願います】。

－ 人身損害に関する示談交渉経緯について －

- ◆ 貴方様が人身損害について事故の相手側から受領した金額はありますか。
該当する項目にチェック（✓）願います。（※ 修理代等の物損分は除き、相手側が治療費等を直接医療機関に支払っている場合は、その金額を含みます。）

あり ・ なし

- ◆ 上記で「あり」をチェック（✓）した場合、名目（例 治療費・休業補償費・慰謝料等）別に金額および受領年月日をご記入ください。（領収証の控えがありましたら添付願います。）

名目	金額	受領年月日	名目	金額	受領年月日
.....	.....円	.....年.....月.....日	.....	.....円	.....年.....月.....日
.....	.....円	.....年.....月.....日	.....	.....円	.....年.....月.....日
.....	.....円	.....年.....月.....日	.....	.....円	.....年.....月.....日

- ◆ 示談交渉中（訴訟中を含む）の場合は、現在までの経緯・内容を具体的にご記入ください。

.....
.....
.....

5. 健康保険等の「被保険者証」のコピー【他法令(健康保険等)からの給付額調査に使用します。】

(※) 労災保険から給付を受けられる場合に限り、本欄の申告は不要です。

添付

◆ マイナンバーカードを健康保険証として利用している方または治療中加入していた健康保険等の保険証をお持ちでない場合はコピーを添付せず、以下の(1)および(2)の項目にチェック(✓)あるいはご回答願います。

◆ 治療の開始から終了までの間に加入していた

- [健康保険等の「被保険者証」のコピー
- 医療費助成制度の「医療費受給者証」のコピー

を左側に添付してください。

◆ 保険者番号および被保険者等記号・番号についてはマスキングのうえ添付願います。

◆ はがれない様に、ホチキス、セロハンテープ、のり等で2ヶ所ほど留めてください。

(1) 加入健康保険等は 全国健康保険協会(協会けんぽ)・ 国民健保・健康保険組合
共済組合・ 後期高齢者医療

(2) 被保険者との続柄は 本人・ 家族

6. 「運転免許証」のコピー【交通事故に関する過失割合の調査に使用します。】

(※) 歩行中、自転車運転中、自動車等同乗中に交通事故に遭遇した場合には、本欄の申告は不要です。

添付

◆ 無免許運転は、過失割合の算定にあたり加算要素になりうることから、運転免許証の有無を含め、記載情報を確認させていただくものです。

◆ 「運転免許証」のコピー(裏面は不要)を左側に添付してください。

◆ はがれない様に、ホチキス、セロハンテープ、のり等で2ヶ所ほど留めてください。

運転免許証のコピーをご提出いただけない場合は下欄に運転免許証の情報を転記願います。

◆ 交付 平成・ 令和 年 月 日 ()

◆ 有効期限 平成・ 令和 年 月 日まで有効

◆ 免許の条件等

◆ 番号【第 号】

◆ 二・小・原 昭和・ 平成・ 令和 年 月 日

◆ 他 昭和・ 平成・ 令和 年 月 日

◆ 二種 昭和・ 平成・ 令和 年 月 日

◆ 種類 大型・ 準中型・ 中型・ 普通・ 大特・ 大自二・

普自二・ 小特・ 原付・ け引・ 大二・ 中二・

普二・ 大特二・ け引二

※ 免許のあるものにチェック(✓)してください。

国土交通大臣 殿

自動車損害賠償保障事業への損害の填補請求書

1. 請求理由および請求種別（該当する番号のいずれかに「○」を記載してください）

請求理由	1. ひき逃げ 2. 無保険	請求種別	1. 傷害 4. 傷害+後遺障害 2. 後遺障害 5. 傷害+死亡 3. 死亡
------	-------------------	------	---

2. 交通事故証明書事故照会番号

※ 交通事故証明書の左上に記載されている「事故照会番号」を下欄に転記してください。

事故照会番号	署 第	号
--------	-----	---

3. 被害者氏名

フリガナ		年齢
氏名		才

4. 加害者氏名

フリガナ	
氏名	

5. 請求者住所・連絡先・氏名・被害者との関係

上記内容につきお支払い願いたく、関係書類を添えて請求いたします。

また、本件事故に関して、国土交通大臣が損害の填補をするために必要な範囲で、請求者（代理請求の場合は被害者等請求権者本人を含みます）の各種情報（被害者については治療の内容・症状の程度を確認するための診断書・診療報酬明細書等の医療情報、および請求権者・相続人を確認するための戸籍関連情報を含みます）を取得・利用することに同意します。

請求者 〒 _____ 年 ____ 月 ____ 日

フリガナ _____

現住所 _____

平日の日中に連絡可能な電話番号 _____ () _____

フリガナ _____

氏名 _____

被害者との関係 1. 本人 2. 法定代理人（親権者） 3. 相続人 4. 受任者 _____

※ 被害者が請求時点で未成年で、複数の親権者によりご請求される場合は氏名欄を連名で記載願います。

◆ 保険会社等使用欄 ◆

保険会社等
受付店
整理番号

保険会社等受付印

機構受付印

人身傷害補償保険（共済）へのご請求に関する確認書

人身傷害補償保険（共済）（以下「人傷保険」といいます。）に関し、以下の内容をご確認いただき、必要事項へのご記入・ご記名のうえ、政府保障事業（以下「保障事業」といいます。）への損害填補請求書と併せてご提出ください。

1. 人傷保険への請求状況をご教示ください。

（本確認書作成日時点の状況について、一致するものをチェックしてください。）。

- ① 人傷保険金受領済（一部受領含む）又は請求手続き中
- ② 保障事業からの損害填補を受けた後に請求する予定
- ③ 人傷保険は請求しない
- ④ 人傷保険を契約していない
- ⑤ 人傷保険を契約しているか不明

2. 上記1. にて①を選択した場合、保険金を受領又は請求した保険会社及び組合（以下「保険会社等」といいます。）の社名、事故の発生日月日をご記入ください。複数のご契約がある場合は、すべてご記入ください。

保険会社等の社名	証券番号	事故の発生日月日

3. 上記2. にご記入いただいた事項は次のとおり利用します。

- ① 国土交通省（委託先*を含む。以下同じ。）は、上記2. 記載の保険会社等から損害填補請求書記載の事故に係る情報及び人傷保険への請求・支払いに係る情報の提供を受け、保障事業における損害の填補額の決定（不支給決定、取下げを含む）のために利用します。
- ② 上記2. 記載の保険会社等は、国土交通省から損害填補請求書記載の事故に係る情報及び保障事業への請求・損害填補（不支給決定、取下げを含む）に係る情報の提供を受け、人傷保険の保険金支払いの決定のために利用します。

*保障事業は、国土交通省が損害填補額の支払の請求の受理、損害額に関する調査、損害填補額の支払その他損害填補の決定以外の業務を保険会社等に委託し、保険会社等は損害保険料率算出機構に損害額に関する調査業務を再委託しています。

4. 万一、保障事業と人傷保険の重複支払があった場合、重複する部分を保障事業又は人傷保険による保険金を支払った保険会社等へ返納することに同意します。

上記につき、記載事項を含め内容を確認するとともに、3及び4の取扱いについて同意します。

年 月 日

フリガナ

被害者氏名

フリガナ

請求者氏名

（複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。）

被害者との関係について、該当するものをチェックしてください。

（ 本人 法定代理人（親権者等） 相続人 受任者 ）

年 月 日

御中

(提出先の保険会社・組合名をご記入ください)

請求者名 _____

(複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。)

請求者住所 _____

填補額支払指図書

(振込依頼書)

被害者名	
事故日*	年 月 日 午前・午後 時 分頃
請求の理由	1. ひき逃げ 2. 無保険

※ 事故日は交通事故証明書に記載されている事故発生日時を記入願います。

自動車損害賠償保障事業への填補金請求にもとづき、当方へ支払われる金額は 下記指定の預金口座へ振込願います。なお、預金口座への振込をもって本請求にもとづく金額を受領したものと認め、別途ご請求がない限り領収書は提出いたしません。

金融機関	_____	○で囲んでください。 銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店
口座番号	店番号 _____ 口座番号 _____ □□□□—□□□□□□□□	○で囲んでください。 普通 (総合口座を含む) 当座 貯蓄 別段	
(フリガナ)			
口座名義			

事故発生状況報告書（保障事業）

(注)

- ① () の事項は具体的内容や、おおよその数値を記載するか、または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車（加害車両）の運転者氏名を記入してください。ひき逃げ事故の場合は「不明」と記載してください。
- ③ 乙欄には、保障事業への損害の填補請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
- ④ 保障事業の支払手続上必要と認められる場合には、本用紙を事故の相手方等に送付することがあります。

甲	氏名	乙	氏名	運転 同乗（甲車、甲車以外の車） 歩行、その他（ ）																
速度	甲車 km/h（制限速度 km/h）	甲車以外の車 km/h（制限速度 km/h）																		
天候	晴・曇り・小雨・雨・豪雨・霧・雪・豪雪	見通し	前方（良・不良）・右方（良・不良）・ 左方（良・不良）																	
工事 障害物	あり（ ）・なし	路面	乾燥・湿潤・水たまり・凍結・積雪（約 cm）																	
交通量	(車) 多い・普通・少ない (人) 多い・普通・少ない	事故当時の現場状況と現在の現場状況の相違点の有無について該当するものに○を付けてください。 ア. ※あり（ ） ※相違点を具体的に記載 イ. なし ・ ウ. 不明																		
信号または標識	信号（有・無）・一時停止標識（有・無）・ その他の標識（ ）																			
事故発生状況を図示してください【必須】																				
<table style="border: none;"> <tr> <td style="padding-right: 5px;">甲車 (加害車両)</td> <td style="font-size: 2em;">▲</td> </tr> <tr> <td>甲車以外 の車</td> <td style="font-size: 2em;">◻</td> </tr> <tr> <td>進行方向</td> <td style="font-size: 2em;">↑</td> </tr> <tr> <td>信号</td> <td style="font-size: 2em;">◻◻◻</td> </tr> <tr> <td>一時停止</td> <td style="font-size: 2em;">▽</td> </tr> <tr> <td>一方通行</td> <td style="font-size: 2em;">⇨</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td style="font-size: 2em;">○</td> </tr> <tr> <td>自転車 オートバイ</td> <td style="font-size: 2em;">> ○</td> </tr> </table>					甲車 (加害車両)	▲	甲車以外 の車	◻	進行方向	↑	信号	◻◻◻	一時停止	▽	一方通行	⇨	人	○	自転車 オートバイ	> ○
甲車 (加害車両)	▲																			
甲車以外 の車	◻																			
進行方向	↑																			
信号	◻◻◻																			
一時停止	▽																			
一方通行	⇨																			
人	○																			
自転車 オートバイ	> ○																			
上記図の説明を書いてください【必須】																				

上記事故に関する警察の現場検証についてご回答ください。

1. 警察の現場検証はありましたか。以下のうち一つだけ選んで○を付けてください。

ア. あり イ. なし ウ. 不明

2. 警察の現場検証があった場合に以下の内容についてご記入ください。

① 現場検証の日時 … 年 月 日 午前・午後 時 分頃

② 立ち会った人の氏名 … (複数可)

③ 担当警察官氏名 … (複数可)

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

氏名 _____

乙との関係 ()

診 断 書

カルテ番号

傷病者	住 所								
	氏 名	男・女	年	月	日	生			
傷 病 名		治 療 開 始 日	治ゆまたは治ゆ見込日(注1)						
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ
		年 月 日	年 月 日	年 月 日	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ	治 ゆ
症状の経過・治療の内容および今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください。)					(受傷日 年 月 日)				
主たる検査所見									
初診時の意識障害		なし・あり (程度)			継続期間			日 時間)	
既往症および既存障害		なし・あり (注2)							
後遺障害の有無		なし・あり・未定							
入院治療	日間 自 年 月 日・至 年 月 日	(診断日)			年 月 日				
通院治療	日間 (内実日数 日) 自 年 月 日・至 年 月 日	治 ゆ			治 ゆ				
ギブス固定期間	固定 除去 自 年 月 日・至 年 月 日 (固定具の種類)	中 死			理 由				
付添看護を要した期間	日間 自 年 月 日・至 年 月 日								

(注2) (注1)
 既に治ゆした傷病については治ゆ日をも、また、現時点で治療継続中の傷病については治ゆ見込み日をご記入のうえ、該当する事項を○で囲んでください。
 当該交通事故による傷害の治療上考慮しなければならない既往症がある場合は()内に記載してください。また既存障害がある場合も記載してください。

(裏面も記入願います。)

上記の通り診断いたします。

所在地

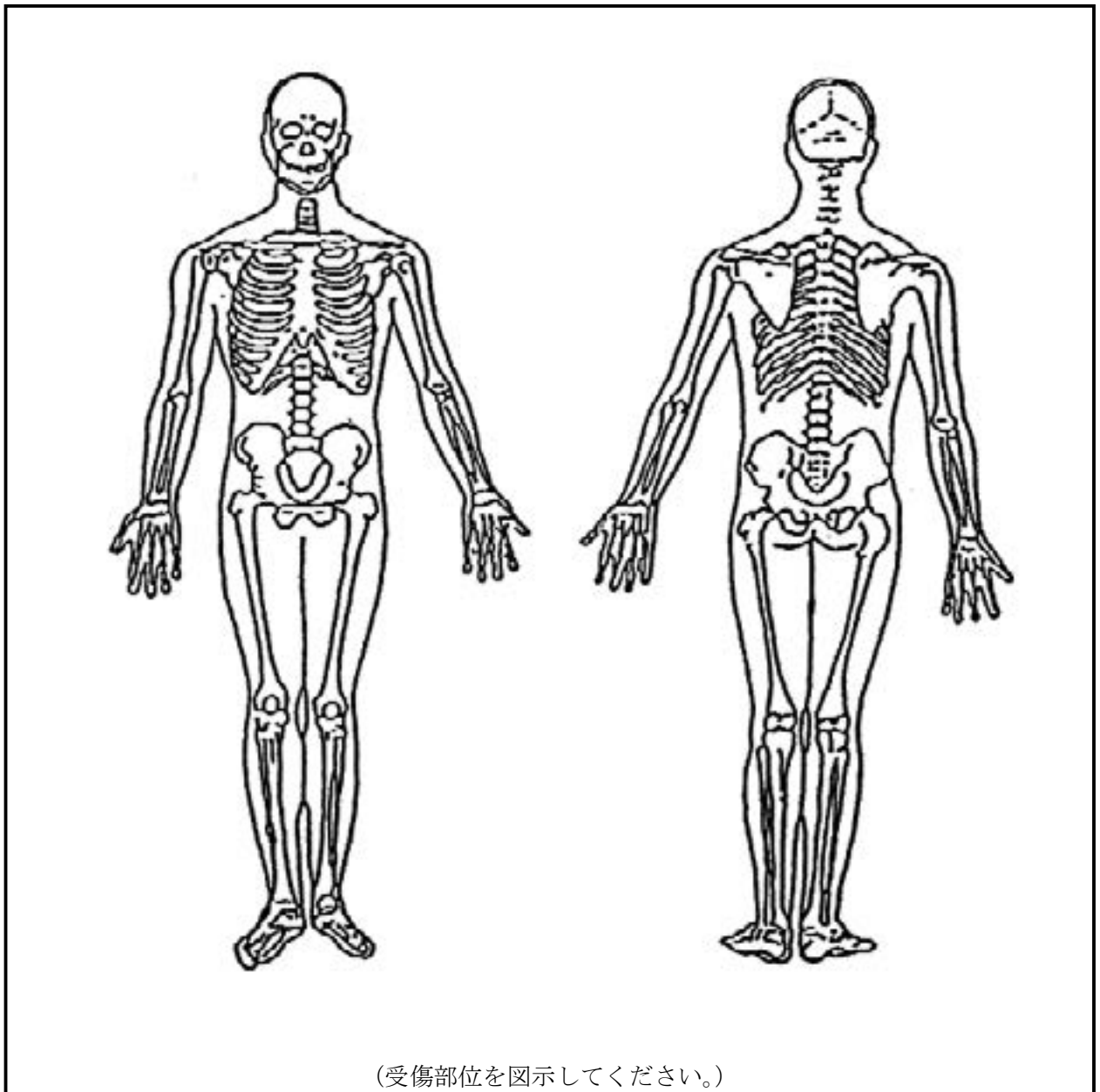
(作成日)

名 称

TEL. ()

年 月 日

医師名



後遺障害のあるものについては、確定した時点において、別に定める後遺障害診断書（損害保険会社に備付けてあります。）をご作成願います。

この診断書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、なるべくこの用紙をご使用ください。なお、この用紙と同内容のものであれば貴院の用紙を使用してもさしつかえありません。

年 月分

自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書

入院

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

保険者名				※診療の種類	関保	労災	診療	その他	※傷病の起因	業務上	通上	その他				
氏名	年 生			受傷日	年 月 日			診療実日数								
	※(男・女) 才			初診日	年 月 日			日								
傷病名	診療内容			診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日			※ 転 帰								
				治 癒					繼 続	転 医	中 止	死 亡				
診療内容				点数	金額		摘 要									
10 診察	11 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※		点	円											
	13 医学管理															
小計																
20 投薬	21 内服	単位														
	22 屯服	単位														
	23 外用	単位														
	24 調剤	×	日													
	26 麻毒	×	日													
27 調基	×	回	小計													
30 注射	31 皮下筋肉内	回														
	32 静脈内	回														
	33 その他	回											小計			
40 リハビリ処置	薬剤等		回										小計			
50 手術麻酔	薬剤等		回										小計			
60 検査	薬剤等		回										小計			
70 画像診断	フィルム・薬剤等		回										小計			
80 その他	リハビリテーション等 薬剤等		回				小計									
90 入院	入院年月日		年 月 日					97 食事・生活	基準	円×	日間	備 考				
	病 診	入院基本料・加算	×	日間				円×	日間							
			外泊	×				日間	円×	回						
	特入・その他	×	日間	小計					回	円						
		×	日間	社会保険への請求額					円							
		×	日間	患者負担				負 担 割 合 (%)		円						
		×	日間	食事・生活療養標準負担額				日		円						
		×	日間	小計						円						
	特定入院料・その他							診断書料	通				円			
	小計							明細書料	通				円			
合計 (1点単価 円)				室料差額(人部屋)×	日間				円							
				その他					円							
				小計					円							
				総請求額					円							

上記金額を (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。(請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。) 年 月 日

所在地 (床) 名称 電話 医師名

受付印	受付印
-----	-----

署名もしくは記名押印をお願いします。 ※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
摘 要		摘 要

年 月分 自動車損害賠償責任保険・共済 診療報酬明細書

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険の処理上必要といたしますので、この用紙を使用し診療内容を詳細にご記入願います。

保険者名															※診療の種類		健保関係	労災	自由診療	その他	※傷病起因		業務上	通勤途上	その他									
氏名											年 生		受傷日		年 月 日		診療実日数																	
											※(男・女) 才		初診日		年 月 日																			
傷病名											診療期間		自 年 月 日		至 年 月 日		※転帰																	
																	治ゆ	継続	転医	中止	死亡													
診療内容										点数		金額		摘要																				
⑩診察	⑪ 初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※										点		円																				
	再診	回																																
	⑫ 外来管理加算	回																																
	再診	時間外										回																						
		休日										回																						
		深夜										回																						
⑬ 指導																																		
その他																																		
	小計																																	
⑭投薬	21 内服	薬剤 単位																																
		調剤 × 回																																
	22 屯服	薬剤 単位																																
	23 外用	薬剤 単位																																
		調剤 × 回																																
	25 処方	× 回																																
26 麻毒	回																																	
27 調基	回																																	
	小計																																	
30注射	31 皮下筋肉内	回																																
	32 静脈内	回																																
	33 その他	回																																
	小計																																	
40リハビリ処置	薬剤等										回																							
											小計																							
50麻酔手術	薬剤等										回																							
											小計																							
60検査	薬剤等										回				社会保険への請求額					円														
															患者負担					円														
															負担割合(%)					円														
70画像診断	フィルム・薬剤等										回				薬剤一部負担金額					円														
															小計					円														
															診断書料					円														
80その他	処方せん										回				明細書料					円														
	薬剤等														その他					円														
															小計					円														
合計 (1点単価 円)														総請求額					円															
通院日に○印をつけてください。																																		
通院日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日

上記金額を 殿 所在地 (に請求・から受領) 済であることを証明いたします。 名称 (請求または受領のいずれかを抹消し消印してください。) 電話 (床) 年 月 日 医師名

署名もしくは記名押印をお願いします。 ※欄は該当する事項を○で囲んでください。

診 療 内 容 内 訳 書

氏 名		
摘 要		摘 要

同意書

(政府の自動車損害賠償保障事業)

____年____月____日発生 of 交通事故による政府の自動車損害賠償保障事業への請求に関する損害調査のため、国土交通省から業務委託された保険会社等から、損害調査業務の委託を受けた損害保険料率算出機構（保障事業部）の職員が必要な範囲で被害者の各種情報（医療情報、給付情報、資格情報等）を取得、利用することに同意します。

____年____月____日

同意者

- ・被害者本人の住所、氏名、連絡先番号を記載し押印願います。委任を受けた請求者（弁護士など）が同意者になることはできません。
- ・ただし、被害者が未成年者等の場合、その法定代理人（親権者）等の住所、氏名、連絡先を記載し押印願います。

住 所 _____

フリガナ 氏 名 _____ (印)

(複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載し、各々押印願います。)

連絡先電話番号 _____

被害者との関係 : 本人 ・ 親権者 ・ その他 (_____)

同意者が被害者本人ではない場合の理由

次の被害者は _____ により、本人に代わって私が同意します。

被害者の住所 _____

フリガナ
被害者の氏名 _____

損害保険料率算出機構

委任状

年 月 日

(交通事故証明書記載の事故発生日・事故発生場所を、正確にそのまま記入してください。)

において

被害者 _____ の受けた損害に関し

自動車損害賠償保障法第7条第1項第1号又は

第2号の規定に基づく政府に対する損害の填補の請求

および受領に関する一切の権限を

(法人に委託する場合は、法人名、代表者の役職・氏名を記入してください。)

に委任いたします。

年 月 日

住所 _____

委任者 _____

氏名 _____

実印

- 注1. 委任契約書のコピーをご提出いただく場合は、委任状及び印鑑登録証明書のご提出は不要です。
注2. 委任者の印鑑登録証明書の印を捺印の上、印鑑登録証明書(1通)を必ず添付してください。
注3. 委任状は、委任者1名につき1通ご提出ください。

通院交通費明細書

年 月 日

被害者氏名 _____

請求者氏名 _____

(複数の親権者によりご請求される場合は連名で記載願います。)

1. 通院 (入・退院を含みます。) に要した費用についてご記入ください。

入退院日 ・通院日	日数 ・回数	医療機関名	交通手段 ※1 ・路線名	乗車区間 (駅名、バス停名) ※2	運賃 ※3	
					現金 IC	
(事故日)	(往路)				現金 IC	
	(復路)				現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	
					現金 IC	

- ※1 公共交通機関のほか、自家用車の利用やご親族・知人などの車での送迎もご記入ください。その際、礼金などがあれば次の行にご記入ください。タクシー利用の場合および前記礼金などを支払った場合は領収書を添付してください。また、救急車で搬送された場合や徒歩・自転車で通院されたなどで費用が生じていないときも、その旨をご記入ください。
- ※2 ご利用区間の詳細 (乗り換えがある場合は、鉄道・バス会社名および乗降駅名、バス停名) をご記入ください。
- ※3 「運賃」…ガソリン代などの燃料費の場合は、記入不要です。地方自治体や交通機関等による割引を受けている方 (シルバーバス・身障者割引など) は、割引後の運賃をご記入ください。
「現金」「IC」…鉄道、バスなどをご利用の場合は、その際のお支払い方法に○を付けてください。
- ※4 記入しきれない事柄がある場合は、裏面の「3. その他」に内容を詳しくご記入ください。

【記入例】						
(事故日) 4/10	(往路)	〇〇総合病院	救急車	事故現場～病院	現金 IC	
	(復路)		息子の車で帰宅	病院～自宅	現金 IC	
4/11～ 4/30	6日 (往復)	△△整形外科	J R 山手線	駅名：渋谷 ～ 新宿	現金 IC	154円
"	"	"	都営バス	バス停名：新宿駅西口 ～ 都庁前	現金 IC	170円

裏面にも質問事項がありますので、必ずご確認ください。

2. 通勤・通学をされている方へのご質問 ※通勤・通学をされていない方は、ご回答は不要です。

(1) 通勤・通学先をご記入ください。(治療期間中)

[勤務先(通学先)の名称]

[所在地]

(2) 定期券をお持ちの場合は、ご記入ください。

[区間]

[期間]

(3) 通勤先から支給されている通勤手当(定期券を除く)について、ご記入ください。

○通勤手当の支給

有

無

※“有”に○を付けられたときは、下記に具体的にご記入ください。

(回数券、ガソリン代などの燃料費、出勤日などに限定して支給されているなどの状況がありましたら、出来る限り詳細を教えてください。)

3. その他

※書ききれないときは、他の用紙にご作成いただき、別紙として添付してください。

以 上

前年分源泉徴収票をここに貼ってください。

源泉徴収を実施している事業所は、事故の前年の源泉徴収票を添付してください。
源泉徴収票が用意できない場合は、貸金台帳写し・雇用契約書・所得証明書をご提出ください。

休業損害証明書

(下記の必要箇所に記入または該当箇所に○印を付してください。)

給与所得者 (パート・アルバイト含む。)

職種 役職		氏名		採用日	年 月 日
----------	--	----	--	-----	-------

1. 上記の者は自動車事故により 年 月 日 から 年 月 日 までの期間
仕事を休んだ (遅刻・早退した日を含む)。

2. 上記期間の内訳は、

欠勤 日 年次有給休暇(注) 日 時間有給休暇(注) 回 (時間)
遅刻 回 (時間) 早退 回 (時間)

(注)労働基準法第39条に定める用途を限定しない年次有給休暇であって、必要に応じて自由な時期に取得できる休暇を示します。半日有給休暇の場合は、「年次有給休暇」欄に0.5日単位に合計日数を記入してください。また、「時間有給休暇」欄は、期間内の回数および合計時間を記入してください。

3. 上記について休んだ日は下表のとおり

年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(注) 休んだ日に次の記号(欠勤=○、年次有給休暇=◎、遅刻=△、早退=▽、半日欠勤=◇、半日有給休暇=▲、時間有給休暇=▼、用途を限定した休暇(傷病・忌引等)=●、勤務先の所定休暇=×)を記入してください。

4. 上記休んだ期間の給与は、

ア. 全額支給した。 イ. 全額支給しなかった。
ウ. 一部 (支給 ・ 減給) した。その額は、 円
内訳 { 本給は 月 日から 月 日分まで 円
付加給は 月 日から 月 日分まで 円

<計算根拠(式)記入欄>

(注) 支給または減給に○印を付し、その額および計算根拠(式)を記入してください。

5. 事故前3か月間に支給した月例給与(賞与は除く。)は下表のとおり

年 月 分	稼働日数	支給金額		社会保険料	所得税	差引支給額
		本給	付加給			
年 月 分						
年 月 分						
年 月 分						
計						

(注) ① 給与の毎月の締切日 : 日
② 所定勤務時間 : 時 分 ~ 時 分 (一日実働 時間 分 / 週 日勤務)
③ 給与計算基礎 : 月給、日給 円、時給 円

6. 社会保険(労災保険、健康保険等で、公務員共済組合を含む。)から傷病手当金・休業補償費の給付を
ア. 受けた(名称および電話番号は下表のとおり) イ. 手続中 ウ. 手続きしていない

名称		電話	()
----	--	----	-----

7. 標準報酬月額について傷病手当金受給要件に(該当しない / 該当する(下記に記入してください))
事故当時直前の12か月において、適用されていた等級および標準報酬月額について以下に記載願います。

※ 定時改定や随時改定があり、適用されていた等級および標準報酬月額が複数ある場合は全て記載願います。

等級 等級 標準報酬月額 円 対象期間 月 ~ 月
等級 等級 標準報酬月額 円 対象期間 月 ~ 月

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

所在地 電話 ()

商号または名称 担当者名

代表者氏名 担当者連絡先 ()

