SOMPO

損保ジャパン

請求のご案内

自賠責保険

2026年6月改定



このたびの自動車事故につきましては、心よりお見舞い申しあげます。

この「自賠責保険　請求のご案内」は、自動車事故の被害者の方や加害者の方が自賠責保険のご請求をされるうえで必要なことがらをご説明したものです。

ご請求に必要な書類のうち主なものはこのパンフレットにセットされていますので、本冊子をご確認いただき、必要書類をお取り揃えのうえご請求ください。

なお、ご不明な点がございましたら、弊社窓口（裏表紙参照）にご相談ください。

●ご請求手続きをとられた後のお問い合わせにつきましては、「事故日」「被害者の方のお名前」および「自賠責保険の証明書番号」をお知らせください。

もくじ

ご請求にあたって …… 1 ページ

ご請求の方法 …… 2 ページ

加害者請求と被害者請求 …… 4 ページ

お支払いできる損害の範囲とお支払いの基準 …… 6 ページ

ご請求にあたってのご注意 …… 9 ページ

自賠責保険でお支払いできない場合 …… 12 ページ

ご請求からお支払いまでの流れ …… 13 ページ

自賠責保険・自動車保険や交通事故に関するご相談 …… 15 ページ

ご提出書類一覧表 …… 16 ページ

お　願　い

●自動車事故にあわれたら、ただちに最寄りの警察署へ届け出てください。
●人身事故の場合は、人身事故であることを明確にして届け出てください。
また後日、必要に応じて診断書を提出してください。
●警察への届け出がないと交通事故証明書（※）が発行されず、保険金が支払われない場合がありますのでご注意ください。
（※）交通事故証明書の取付方法は10ページをご参照ください。

ご請求にあたって

自賠責保険とは

自賠責保険（自動車損害賠償責任保険）とは、自動車による人身事故の被害者の方を救済するための保険です。
自動車損害賠償保障法（自賠法）という法律によって、原則として原動機付自転車を含むすべての自動車に契約することが義務づけられていますので、強制保険ともいわれています。

自賠責保険の特色

・自動車の**運行**によって**他人**を死傷させ、加害者の方が法律上の**損害賠償責任**を負った場合に、被害者の方の損害について支払われる保険です。**この保険でお支払いの対象となるのは人身事故による損害に限られ、物の損害は対象となりません。**

・支払い限度額は被害者の方1名ごとに定められています。
1つの事故で複数の被害者の方がいる場合でも、被害者の方1名あたりの支払限度額が減らされることはありません。

・たくさんの請求を迅速かつ公平にお支払いする必要があるため、定型・定額化された支払基準が定められています。

・被害者の方は、加害者の方が加入している自賠責保険会社等に直接請求することができます。

・自賠責保険では、**保険会社は医療機関との直接の交渉や事故の相手方等との折衝・示談などの援助を行うことができません。**

ひき逃げや無保険車、盗難車による事故にあわれた場合

ひき逃げされた場合や無保険車（自賠責保険の契約がない自動車）・盗難車による人身事故にあった場合で、加害者の方から賠償を受けられない被害者の方は、**政府の保障事業で救済を受ける**ことができます。
政府の保障事業は、国（国土交通省）が加害者の方に代わって被害者の方が受けた損害をてん補する制度です。お支払い限度額は自賠責保険と同じですが、次のような点が自賠責保険とは異なります。

・政府の保障事業にご請求いただけるのは被害者の方のみです。加害者の方はご請求いただけません。

・健康保険、労災保険等の社会保険による給付がある場合は、その金額は差引いて支払われます。
（社会保険が使用できるのに使用されなかった場合も、本来は社会保険から給付されるであろう金額が差引かれます。）

・時効更新の制度はございません。

・被害者の方にお支払いした金額については、国（国土交通省）が加害者の方に請求します。

ご請求窓口

政府の保障事業へのご請求は、法律に基づいて国（国土交通省）から業務の委託を受けた保険会社等で受付けています。詳しくは弊社窓口にお問い合わせください。

ご請求の方法

ご請求の方法を下図フローチャートにてご確認ください。

ご請求をされるのは
どなたですか？【注】

❶加害者の方

❷被害者の方

❶加害者の方

※加害者の方が実際にお支払いをされていることが請求の条件となります。詳細は❹ページをご確認ください。

aまたはbの場合に
ご請求いただけます

a 被害者の方へ損害賠償金の支払いが全て終わったので請求したい

b 被害者の方は現在も治療中だが、これまでの立替費用を請求したい

どの分の
ご請求ですか？

ア 傷害分

イ 後遺障害分

ウ 死亡分

❷被害者の方

aまたはbの請求
（本請求）

どのような
ご請求内容ですか？

a 治療が全て終わったので請求したい

b 治療継続中だが、これまでの立替費用を請求したい

c 事故にあったばかりで当座の費用を請求したい

どの分の
ご請求ですか？

ア 傷害分

イ 後遺障害分

ウ 死亡分

cの請求
（仮渡金請求）

どの分の
ご請求ですか？

ア 傷害分

イ 死亡分

ア 傷害分 — A

イ 後遺障害分 — B

ウ 死亡分 — C

ア 傷害分 — D

イ 後遺障害分 — E

ウ 死亡分 — F

ア 傷害分 — G

ウ 死亡分 — H

ご請求の方法を ご確認いただけましたでしょうか？

A ～ C の方は、❹ページの【加害者請求】をご確認ください。

D ～ H の方は、❺ページの【被害者請求】をご確認ください。

必要書類についての詳細は、⑯ページのご提出書類一覧表をご確認ください。



加害者請求 傷害 本請求	加害者請求 後遺障害 本請求	加害者請求 死亡 本請求	必要書類	発行者 作成者	被害者請求 傷害 本請求	被害者請求 傷害 仮渡金	被害者請求 後遺障害 本請求	被害者請求 死亡 本請求	被害者請求 死亡 仮渡金	チェック欄
A	B	C	・太字の用紙は請求書類セットに組み込んでいます。 ・●印は必ずご提出いただく必要がある書類です。 ・○印は必要に応じてご提出いただく書類です。		D	G	E	F	H	
●	●	●	1 支払請求書(保険金・損害賠償額・仮渡金)	請求者	●	●	●	●	●	
●	●	●	2 請求者本人の印鑑登録証明書	市区町村役場	●	●	●	●	●	
●	●	●	3 交通事故証明書	自動車安全運転センター	●	●	●	●	●	
○	○	○	4 人身事故証明書入手不能理由書 事故のお届けが物件事故扱いの場合や、交通事故証明書に被害者名がない場合	運転者 被害者など	○	○	○	○	○	
●	●	●	5 事故発生状況報告書	運転者 被害者など	●	●	●	●	●	
			6 入院・通院交通費／休業損害 請求意思確認シート(＊1)	被害者など	●					
○	○	○	7 入院・通院交通費明細書	被害者など	●					
○	○	○	8 休業損害証明書、確定申告書(写)、所得証明書など	勤務先など	○		○	○		
○	○	○	9 委任状および委任者の印鑑登録証明書 委任を受けてご請求される場合	委任者	○	○	○	○	○	
●	●	●	10 加害者の支払いを証明する領収証	被害者など						
○	○	○	11 示談書 示談成立の場合のみ	示談当事者						
●	●	●	12 診断書(＊2)	医療機関	●	●	●	●		
●	●	○	13 診療報酬明細書(＊3)	医療機関	●		●	○		
○	○	○	14 施術証明書・施術費明細書	医療機関	○	○	○	○		
	●		15 後遺障害診断書 ご利用の場合は弊社窓口までご連絡ください	医療機関			●			
	●		16 レントゲン、MRI、CT等の画像資料	医療機関			●			
		●	17 死亡診断書または死体検案書	医療機関				●	●	
				市区町村役場				●	●	

【注】自賠責保険では、事故の責任割合の大小にかかわらず、おケガをされた方を【被害者】、被害者の方から見てお相手の方を【加害者】といいます。
両者がおケガをされているような事故の場合には、両者ともに【被害者】であり、かつ【加害者】にもなります。

加害者請求と被害者請求

自賠責保険は**加害者の方（ご契約者等）・被害者の方（おケガをされた方）のどちらからもご請求いただくことができます。**
ただし、同じ損害について重複して請求することはできません。

加害者の方からのご請求と、被害者の方からのご請求が同時になされたときには、加害者の方からのご請求が優先されます。

加害者の方が請求する場合（加害者請求）	
本　請　求	損害賠償金を被害者の方や医療機関等に支払われたあとに、支払われた金額の範囲内で「保険金」を請求する方法です。 **損害賠償金を支払った限度において、**損害額確定前であっても保険金のご請求ができます。 ＊賠償の約束をしている場合でも、加害者の方が実際に支払われていない場合にはご請求できません。 ご請求にあたり**必ずしも示談が成立している必要はありません**が、被害者の方や医療機関等に支払われたことを証明する資料（**領収証**）が必要です。 ＊加害者の方あての「領収証」には、加害者の方のお名前・金額・名目・支払年月日を明示し、受取人（被害者の方）の署名・捺印をお願いいたします。
仮渡金請求	加害者の方はご請求いただけません。

自賠責保険と自動車保険の一括払

自動車事故で他人にケガをさせたり死亡させたときの保険には、自賠責保険のほかに自動車保険（任意保険）があります。自動車保険のうち対人賠償責任保険は、自賠責保険で足りない分をお支払いする保険です。
加害者の方が自賠責保険のほかに自動車保険へご加入の場合は、**任意保険会社が自動車保険の対人賠償保険金で、自賠責保険金分も一括して被害者の方にお支払いする場合（一括払制度）がございます。**詳しくは任意保険会社にご相談ください。
（注）対人賠償保険金と自賠責保険金を重複してお支払いすることはできません。

被害者の方が請求する場合（被害者請求）

本　請　求

被害者の方が加害者側からお支払いを全く受けられない、あるいはその一部のお支払いしか受けられない場合に、被害者の方から直接「損害賠償額」を請求する方法です。実際に発生した損害額の限度において、損害額確定前であっても損害額のご請求ができます。

＊ご請求にあたっては、加害者の方の**自賠責保険会社名と証明書番号**を確認しておく必要があります。

ご請求にあたり**必ずしも示談が成立している必要はありません**が、加害者の方から損害賠償金のお支払いを受けている場合には、その金額を差し引いてお支払いします。
また、自賠責保険会社からお支払いした金額は、加害者の方が損害賠償金を支払ったものとみなされます。
請求がもれていた場合などには、追加でご請求いただくことができます。

仮渡金請求

加害者の方から損害賠償金を受領していない場合で、当座の費用にお困りのときに、ご請求いただけます。仮渡金の金額は、被害者の方1名につき下表のとおりです。ご提出いただいた医師の診断書から判断させていただきます。

症状など	金　額
1. 死亡された場合	290万円
2. 以下のいずれかの傷害をうけた場合 ●脊椎の骨折で脊髄を損傷したと認められる症状を有するもの ●上腕または前腕の骨折で合併症を有するもの ●大腿または下腿の骨折 ●内臓の破裂で腹膜炎を併発したもの ●14日以上病院に入院することを要する傷害で、医師の治療を要する期間が30日以上のもの	40万円
3. 以下のいずれかの傷害をうけた場合（上記2.を除く） ●脊柱の骨折 ●上腕または前腕の骨折 ●内臓の破裂 ●病院に入院することを要する傷害で、医師の治療を要する期間が30日以上のもの ●14日以上病院に入院することを要する傷害	20万円
4. 医師の治療が11日以上要する傷害（上記2.3を除く）	5万円

（注1）仮渡金のお支払い後は、本請求を行っていただきます。お支払いした仮渡金は、本請求で確定した損害賠償額から差し引かれます。
（注2）最終的な確定額がお支払い済みの仮渡金よりも少ない場合には、差額をお返しいただくことになります。また、加害者の方に損害賠償責任がないと判明した場合にも、お支払い済みの仮渡金をお返しいただくことになります。ご請求の際に、本内容をお約束いただく「仮渡金支払に関する念書」をご提出いただきます。

人身傷害保険（自動車保険）にご加入の場合

ご自身または同居のご家族などが、自動車保険（任意保険）の人身傷害補償保険にご加入の場合、**人身損害補償保険で、自賠責保険金分も一括して被害者の方にお支払いする場合（一括払制度）がございます。**詳しくは、任意保険会社にご相談ください。
（注）人身損害補償保険金と自賠責保険金を重複してお支払いすることはできません。

お支払いできる損害の範囲とお支払いの基準

傷害による損害

傷害事故の場合は、治療関係費（治療に関する費用など）、休業損害・文書料・慰謝料をお支払いします。なお、物の損害についてはお支払いできませんが、被害者の方が負傷された際、義肢・眼鏡など身体の機能を補うものが破損した場合には、例外的にその費用についてお支払いします。

お支払い限度額　（被害者1名につき）120万円

損害の範囲とお支払いの基準

損害項目		内　容	お支払いの基準	必要書類
治療関係費	治療費	診察料・入院料・投薬料・手術料・処置料 柔道整復等の費用 診断書／診療報酬明細書等の発行費用など	必要かつ妥当な実費	●診断書、診療報酬明細書等 ●柔道整復の場合には施術証明書・施術費明細書
	看護料	入院中の看護料 （原則として12歳以下の子供に近親者等が付添った場合）	1日につき **4,200円〔4,100円〕**	●医師の要看護証明（診断書に記載してもらいます） ●看護人、付添者からの請求書・領収証 ●付添看護自認書（近親者の付添の場合）
		自宅看護料または通院看護料 （医師が看護の必要性を認めた場合または被害者が12歳以下の場合）	必要かつ妥当な実費 近親者は１日につき **2,100円〔2,050円〕**	
	諸雑費	入院中の諸雑費	原則として入院1日につき **1,100円**	●領収証（左記の金額を超える場合のみ必要です）
	入退院・通院交通費	入退院・通院に要した交通費	必要かつ妥当な実費	●入院・通院交通費明細書 ●領収証（タクシー利用の場合） ＊⑩ページをご参照ください。
	義肢等の費用	義肢・メガネ・コンタクトレンズ・補聴器・松葉杖等の費用など	必要かつ妥当な実費 （眼鏡・コンタクトレンズの費用は50,000円(税抜)が限度）	●領収証 ●医師の証明書
文書料		交通事故証明書 被害者側の印鑑登録証明書 住民票等の発行手数料	必要かつ妥当な実費 （発行手数料）	●領収証
休業損害		事故による傷害のために発生した収入の減少 （欠勤による賞与減額、有給休暇を使用された場合、家事従事者の場合を含みます。）	1日につき **6,100円〔5,700円〕** これ以上に収入減の立証がある場合は19,000円を限度として実額 パートタイマー・アルバイト・日雇労働者の方は、1日あたりの平均収入額によってはお支払い金額が6,100円（5,700円）/日を下回ることがあります。	＊⑩ページをご参照ください。
慰謝料		精神的・肉体的な苦痛に対する補償	1日につき **4,300円〔4,200円〕** 慰謝料の対象となる日数は、治療期間の範囲内で実治療日数の2倍に相当する日数（但し、あんま、マッサージ、指圧師、はり師、きゅう師の施術は実施術日数）	●診断書、診療報酬明細書 ●柔道整復の場合には施術証明書・施術費明細書（治療費のご請求用にご提出いただく場合は重ねてのご提出は不要です）
その他の費用		治療関係費以外で事故発生場所から医療機関まで被害者を搬送するための費用など	必要かつ妥当な実費	●領収証

※〔　　〕内の金額は**2020年3月31日以前に発生した事故**に適用される金額となります。

ご注意　**自賠責保険の請求手続きのために要した費用（郵送料、通信費、交通費、振込手数料等）や手続きのために休業したことによる収入の減少はお支払いの対象となりません。**

後遺障害による損害

後遺障害とは、事故によって身体に回復が困難と見込まれる障害が残ったため、労働能力や日常生活に支障があると認められる場合をいいます。

後遺障害による損害については、**医師の後遺障害診断書**に基づき後遺障害として認定された場合に、後遺障害等級に応じた逸失利益および慰謝料等をお支払いします。

お支払い限度額

別表第1※	
1級	4,000万円
2級	3,000万円

別表第2※					
1級	3,000万円	6級	1,296万円	11級	331万円
2級	2,590万円	7級	1,051万円	12級	224万円
3級	2,219万円	8級	819万円	13級	139万円
4級	1,889万円	9級	616万円	14級	75万円
5級	1,574万円	10級	461万円		

※別表第1：神経系統・精神・胸腹部臓器に著しい障害を残して介護が必要な場合の後遺障害等級
別表第2：上記以外の後遺障害等級

損害の範囲とお支払いの基準

損害項目	内　　容	お支払いの基準	必要書類
逸失利益	後遺障害により労働能力が減少したために将来発生するであろう収入の減少	収入額および、各等級に応じた労働能力の喪失率、就労可能年数等から算出します。	●**後遺障害診断書** ●源泉徴収票、確定申告書（控）など収入額を証明できる資料
慰謝料等	後遺障害による精神的・肉体的な苦痛に対する補償	障害の程度に応じて以下のとおりとなります。 別表第1：第１級 **1,650万円〔1,600万円〕** 第２級 **1,203万円〔1,163万円〕** 別表第2：第１級 **1,150万円〔1,100万円〕** ～第14級　**32万円〔　32万円〕** 別表第1に該当する後遺障害の場合は、初期費用として1級：**500万円**、2級：**205万円**が加算されます。 被扶養者がいる場合は、1級～3級の慰謝料に一定額が加算されます。	

※〔　　〕内の金額は**2020年3月31日以前に発生した事故**に適用される金額となります。

死亡による損害

死亡事故の場合は、葬儀費、逸失利益、被害者本人の慰謝料および遺族の慰謝料をお支払いします。なお、死亡に至るまでの傷害により生じた損害については **傷害による損害** をご覧ください。

お支払い限度額　（被害者1名につき）**3,000**万円

損害の範囲とお支払いの基準

損害項目	内　　容	お支払いの基準	必要書類
葬　儀　費	通夜、祭壇、火葬、埋葬、墓石などに要する費用	100万円 〔60万円…これ以上の立証がある場合は100万円の範囲内で必要かつ妥当な実費〕	●領収証
逸失利益	被害者が死亡しなければ将来得られたであろう収入額から、本人生活費を控除して算定したもの	収入および就労可能期間、被扶養者の有無等を考慮のうえ計算します。	●死亡診断書（死体検案書） ●源泉徴収票、確定申告書（控）など収入額を証明できる資料 ●省略のない戸籍（除籍）謄本（被害者の出生から死亡までの全記録が記載されているもの） ＊相続人、遺族慰謝料請求権者を特定するために必要です。
慰　謝　料 ①②の合算額	①被害者本人の慰謝料	400万円〔350万円〕	
	②遺族の慰謝料 ＊遺族慰謝料請求権者（被害者の父母・配偶者・子）の人数により金額が異なります。	請求権者 1名の場合……550万円 2名の場合……650万円 3名以上の場合…750万円 被害者に被扶養者がいるときは、さらに200万円が加算されます。	

※〔　　〕内の金額は**2020年3月31日以前に発生した事故**に適用される金額となります。

死亡事故の被害者請求について

1.ご請求できる方（請求権者）は、相続人・慰謝料請求権者です。

●相続人（民法第886条～第890条）

（1）配偶者と子（子が既に死亡していれば孫）

（2）子（孫）がいないときは、配偶者と父母（父母が既に死亡していれば祖父母）

（3）子（孫）・父母（祖父母）がいないときは、配偶者と兄弟姉妹

●慰謝料請求権者（民法第711条）

被害者の方の父母・配偶者・子です。

保険金のご請求には、請求権者全員が記載された戸籍（除籍）謄本が必要です。市区町村役場に**「被害者の損害賠償請求に必要なので、除籍者を含めた省略のない戸籍謄本（被害者の出生から死亡までの全記録）がほしい」**とお申し出ください。

2.請求権者が複数名の場合、原則上記の請求権者のうち1名を代表者として選び、その方からご請求ください。

他の請求権者は、代表者に対する**委任状**および**印鑑登録証明書**をご提出ください。請求権者が未成年者である場合は、親権者または後見人の方からの**念書（同意書）**が必要となります。

ご請求にあたってのご注意

請求の期限（時効）

請求の期限を過ぎると、時効となり自賠責保険へのご請求ができなくなります。
加害者請求と被害者請求とでは時効の**起算日が異なります**のでご注意ください。また、事故が発生した日によっても時効までの期間が異なります。時効の起算日および期間については、原則下表のとおりとなりますのでご確認ください。
（注）加害者請求において、分割して個々に支払ったときは、それぞれ支払った日の翌日から起算します。

事故発生日	加害者請求	被害者請求		
		傷害	後遺障害	死亡
2010年4月1日以降（*1）	支払った日の翌日から**3年**	事故発生日の翌日から**3年**	症状固定日（*2）の翌日から**3年**	死亡日の翌日から**3年**

（＊1）事故発生日が2010年3月31日以前の場合は上記期限が**2年**となります。
（＊2）医学上一般に認められた医療を行ってもその効果が期待できなくなった時をいい、医師が判断し、後遺障害診断書に記載されます。

請求の期限までにご請求できない場合（時効更新手続）

治療が長引いたり、加害者の方と被害者の方の話合いがつかないなど、期限内にご請求ができない場合には、時効更新の手続きが必要となりますので、事前に弊社窓口にご相談ください。（請求者が複数いる場合には時効更新の手続きは、請求者ごとに行う必要があります。）

治療費のご請求について

1.当座の治療費を請求したい場合
被害者請求では仮渡金の制度があり、この制度を利用すると、おケガの程度に応じて40万円、20万円、5万円をお支払いします。（詳しくは5ページをご参照ください）

2.治療が長引く場合
治療の途中でも、発生した治療費をご請求いただけます。

3.医療機関へ直接支払いを希望される場合
「自動車損害賠償責任保険・支払請求書兼指図書」の「支払先」欄に、お振込みする医療機関の銀行口座等をご記入ください。
※加害者請求の場合には、医療機関へ直接支払いをすることはできませんのでご注意ください。

4.社会保険を使用して治療をしている場合
自己負担分の治療費をご請求いただけます。

※自動車事故の場合でも、医療機関等への入通院の際に健康保険や労災保険等の社会保険を利用することができます。その場合は、健康保険組合等に第三者行為の届出が必要です。なお、社会保険が支払った額（給付額）は、後日、健康保険組合等から自賠責保険会社や加害者の方に請求されます。

ご提出いただく書類　■ **診断書、診療報酬明細書**（*）　■ **施術証明書・施術費明細書**

（＊）診療報酬明細書は4種類（入院・通院各2種類）ございます。医療機関にご相談いただき、医療機関の指定する用紙をご提出ください。

休業損害のご請求について

事故でおケガをしてお仕事を休むことによって生じた休業による損害をご請求いただけます。（ただし、対象となるのは治療期間の範囲内となります。）お勤めの方で有給休暇を使用してお休みになった場合や、家事従事者として家族のために家事を行っている方（いわゆる主婦／主夫の方）についても休業損害をご請求いただけます。

なお、家事従事者（主婦／主夫）の方で、日給者（パートタイマー・アルバイト・日雇労働等）も行っている場合には、ご提出いただいた休業損害証明書等の資料から自賠責保険支払基準に則って家事従事者（主婦／主夫）と日給者（パートタイマー・アルバイト・日雇労働等）それぞれの休業損害を計算し、いずれか高い額をお支払いします。

ご提出いただく書類

- **給与所得者の方 …… 休業損害証明書、源泉徴収票（事故前年分）**
  事業所得者の方 …… 事故前年分の確定申告書（写）※1、職業証明書等
  家事従事者（主婦/主夫）の方 ‥続柄の省略のない、世帯全員が記載されている住民票
- **「入院・通院交通費／休業損害請求意思確認シート」※2**

※1　税務署への提出事実・提出年月日が確認可能な資料をご提出ください。
資料取得に関し発生した手数料はお支払いの対象となります。
手数料が発生したことを証明する資料（領収書等）をご提出ください。なお、申請のために要した郵送費用や交通費は、認定の対象外となりますのでご了承ください。

※2　休業損害をご請求されない場合であっても必ずご提出ください。

通院交通費のご請求について

入退院、通院に要した交通費をご請求いただくことができます。バス、電車等の公共交通機関のほか、タクシーや自家用車（バイク）を利用された場合の費用も対象となります。

ご提出いただく書類

- **入院・通院交通費明細書、領収証（タクシーを利用された場合は領収証が必要となります）**
- **「入院・通院交通費／休業損害 請求意思確認シート」(*)**

（*）入院・通院交通費のご負担がない場合であっても必ずご提出ください。

交通事故証明書の取付方法について

交通事故証明書は、自動車安全運転センターで発行されます。
警察への届け出がないと発行されませんので、必ず**人身事故**として届け出てください。

申請の手順

1.交通事故証明書申込用紙を自動車安全運転センターもしくは警察署（交番・駐在所）等から取り付けてください。
※インターネットによる申請も可能です、（https://www.jsdc.or.jp）

2.申請書に必要事項をご記入のうえ、次のいずれかの方法で申請してください。

①郵送による方法
最寄りの郵便局で交付手数料を添えて申請します。2週間程度で申請者の住所または指定先に郵送されます。
（申請の際には、別途払込手数料が必要となります。なお、払込手数料は自賠責保険でのお支払いの対象とはなりません。）

②自動車安全運転センターの窓口で申請する方法
最寄りの自動車安全運転センターの窓口に交付手数料を添えて申請します。
窓口で交通事故証明書を受け取ることができます。(他の都道府県での事故の場合は、後日郵送となります。)

【発行された交通事故証明書が人身事故扱いになっていない場合】

警察へ診断書を提出して人身事故への切り替えを申し出たうえで交通事故証明書を自動車安全運転センターへ送付し、訂正を依頼してください。

※自賠責保険金のご請求には、「人身事故」の交通事故証明書が必要になります。交通事故証明書が「物件事故」となっており、**「人身事故」への切り替えができない場合には、別途「人身事故証明書入手不能理由書」のご提出が必要となります。**

請求権者の方が未成年者（18歳未満）の場合のご請求について

未成年者は原則として単独では保険金の請求や示談をすることができませんので、親権者（原則として父または母）または後見人（家庭裁判所が定めます）の方からご請求していただくことになります。

なお、この場合は原則としてその未成年者の**住民票**または**戸籍抄本**が必要となります。

事故発生時点では未成年であっても、請求時点で成人されている場合には、ご本人からの請求となります。

自賠責保険の損害額から減額する場合

次のような場合には自賠責保険の損害額から減額してお支払いすることがあります。

1．被害者の方に重大な過失があった場合

自賠責保険では、被害者の方に重大な過失があった場合にのみ、被害者の方の過失割合に応じて損害額から減額してお支払いします。

なお、損害額がお支払い限度額を超える場合には、お支払い限度額から減額してお支払いします。

被害者の方の過失割合	後遺障害による損害・死亡による損害	傷害による損害
7割未満の場合	減額なし	
7割以上8割未満の場合	20%減額	20%減額
8割以上9割未満の場合	30%減額	
9割以上10割未満の場合	50%減額	

任意保険にこの取扱いは適用されません。被害者の方に過失があれば過失割合に応じて損害額から差し引かれます。

2．受傷と死亡との間、受傷と後遺障害との間の因果関係の判断が困難な場合

このような場合にも保険金を50%減額してお支払いすることがあります。

なお、損害額がお支払い限度額を超える場合は、お支払い限度額から減額されます。

加害自動車が2台以上の場合（共同不法行為）

複数の加害自動車によって発生した事故を共同不法行為といいます。共同不法行為で生じた損害については、それぞれの自賠責保険にご請求いただくことができ、この場合のお支払い限度額は、前記「**お支払い限度額**」×「**加害自動車の台数**」となります。ただし、お支払いの対象となる損害を重複してお支払いすることはできません。

＜例＞

タクシーの乗客が、タクシーと他の自動車双方に責任が発生する事故でおケガをされた場合には、タクシーと他の自動車の両方が加害自動車となります。

この事故によるお支払い限度額は、

＜死亡事故の場合の例＞ 3,000万円×2台= 6,000万円（お支払い限度額）

＜傷害事故の場合の例＞ 120万円×2台= 240万円（お支払い限度額）となります。

自賠責保険でお支払いできない場合

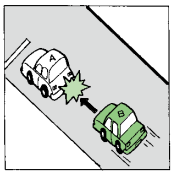
自賠責保険のお支払いができない場合は、ご請求にあたって要した各種書類の代金につきましてもお支払いの対象となりませんので、ご留意ください。

1．加害者の方に責任がない場合

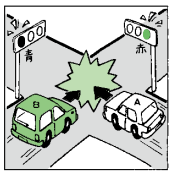
加害者の方が次の3つの条件を全て立証できる場合は、加害者の方には責任がなく、自賠責保険はお支払いできません。

（1）自己および運転者が自動車の運行に関し注意を怠らなかったこと
（2）被害者または運転者以外の第三者に故意または過失があったこと
（3）自動車に構造上の欠陥または機能の障害がなかったこと

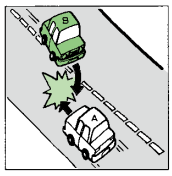
例えば、次のような事故の場合には、Bさん（B車を運転）に対してA車の自賠責保険が支払われないことがあります。



正常に止まっているA車にB車が追突して、Bさんが死傷した場合。



B車が信号無視をしたため、青信号に従って交差点に入ったA車と衝突して、Bさんが死傷した場合。



B車がセンターラインオーバーし、対向車線を走っていたA車と衝突して、Bさんが死傷した場合。

（ご注意）　上記各事例について事故状況などによっては保険金（損害賠償額）のお支払いができる場合があります。詳しくは、弊社窓口にご相談ください。

2．自損事故で死傷した場合

電柱に衝突し運転者自らが死傷したような自損事故の場合。

3．自動車の「運行」によって死傷したものではない場合

「運行」とは、自動車の走行中が代表的な例ですが、その他にも、ドアの開閉、クレーン車のクレーン作業、ダンプカーの荷台の上げ下げなども含むとされています。
例えば、駐車場に駐車している自動車に、遊んでいた子供がぶつかって死傷した場合、駐車場に駐車している自動車は「運行」しているとはいえないためお支払いできません。

4．被害者の方が「他人」ではない場合

「他人」とは、所有者や借受人等自動車を自分の思い通りに使うことができる方以外をいいます。
例えば、所有者が他人の運転する自己所有の自動車に同乗中、その所有者が自損事故により死傷した場合、被害者の方ご本人が所有する車による事故であるため、被害者の方は「他人」にあたらず、お支払いできません。

5．保険契約者または被保険者の悪意によって損害が生じた場合

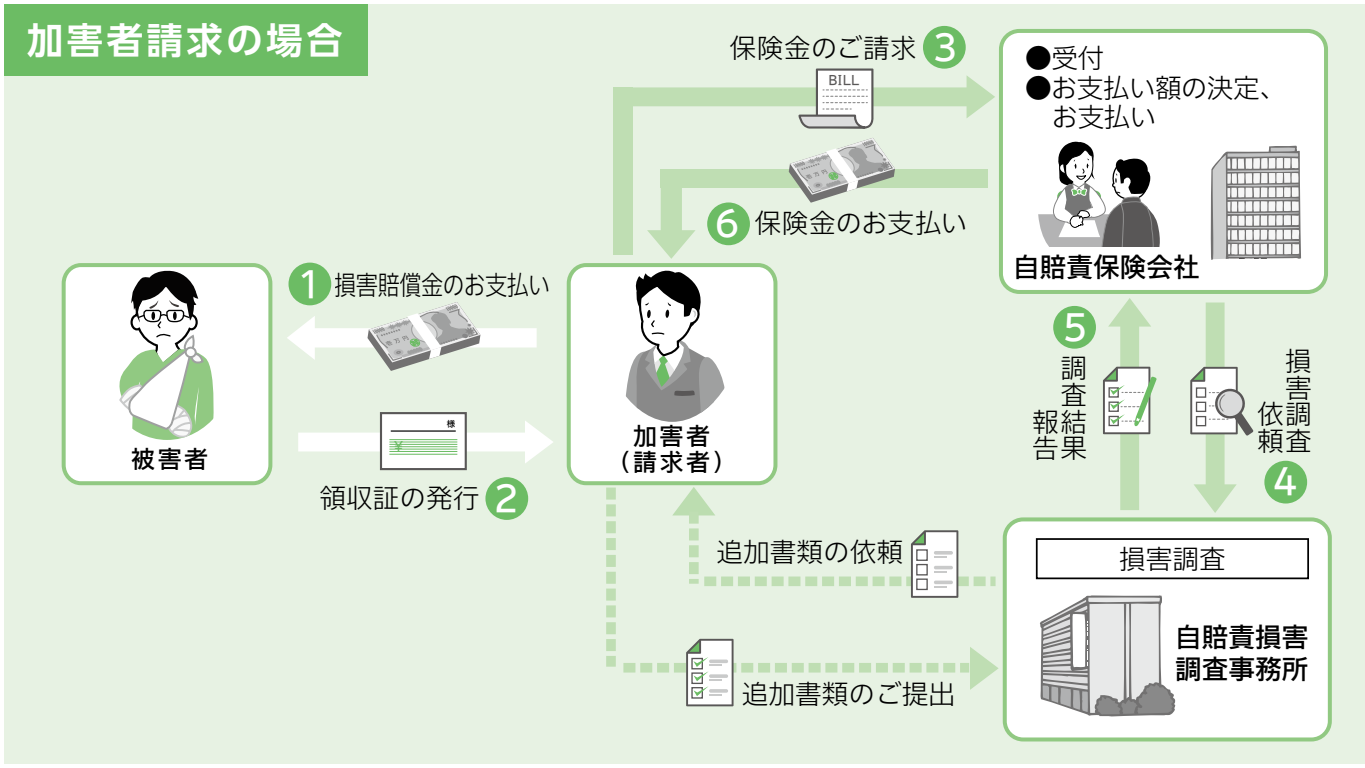
保険契約者または被保険者（保有者および運転者）の悪意によって損害が生じた場合。
ただし、被害者の方は直接保険会社に請求することができます。

ご請求からお支払いまでの流れ

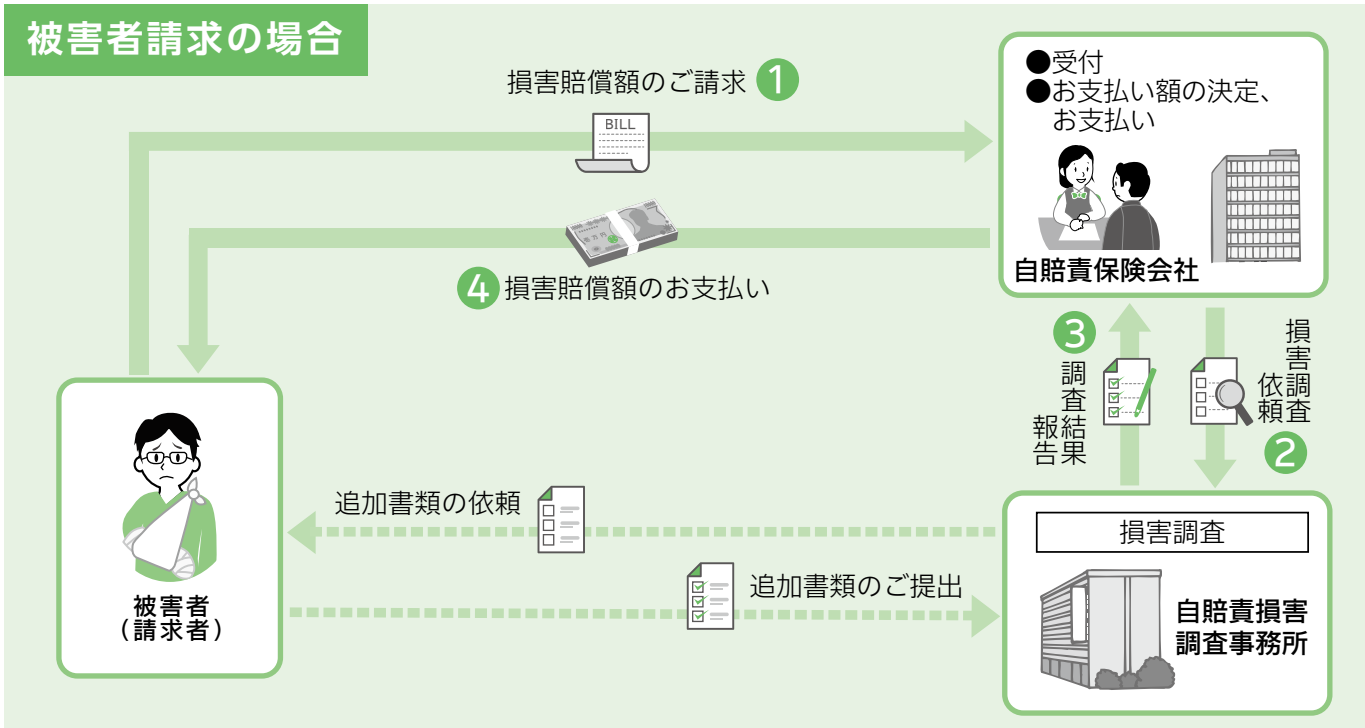
各保険会社窓口で受け付けた自賠責保険のご請求は公平・適正なお支払いを行うために、損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所が調査し、その結果に基づいて各保険会社が最終的にお支払い額（保険金・損害賠償額）を決定し、お支払いをしています。このため、お支払いまでに**ある程度の日数を必要とします**ので、あらかじめご了承ください。

また、自賠責損害調査事務所からご請求者等に直接照会や追加書類の提出依頼が行われることがありますので、ご協力をお願いいたします。

加害者請求の場合



被害者請求の場合



2010年4月1日の保険法の施行および自動車損害賠償保障法の一部改正に伴い、同日以降に発生した事故に基づく加害者請求においては、自動車損害賠償責任保険普通保険約款に定める期日までに保険金をお支払いします。

また、被害者請求については、自動車損害賠償保障法に定める必要な期間が経過した後、速やかに損害賠償額をお支払いします。

損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所とは

自賠責保険では、公平・適正なお支払いを行うために、**損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所**に損害調査を依頼しています。

損害保険料率算出機構は、「損害保険料率算出団体に関する法律」に基づいて設立された法人で、その事業の一環として自賠責保険についての損害調査および政府の保障事業についての損害調査を行っています。

具体的には、請求書類に基づいて、事故発生の状況・自賠責保険の対象となる事故かどうか・発生した損害の額などを公正かつ中立な立場で調査します。

なお、請求書類の内容だけでは事故に関する事実確認ができないものについては、事故当事者への照会や請求者への追加書類の提出依頼、病院への照会、事故現場調査など必要な調査を行いますので、照会等があった場合にはご協力をお願いいたします。

損害保険料率算出機構における審査体制

損害調査の過程において、自賠責保険がお支払いできない、もしくは減額の可能性がある事案、後遺障害の等級認定が難しい事案など、自賠責損害調査事務所では判断が困難な事案については、自賠責損害調査事務所の上部機関である地区本部・本部で審査が行われます。また、高度な専門知識を要求され、判断が困難な事案などは、審査の公平性・客観性を確保するため、外部の専門家が参加する自賠責保険審査会で審査が行われます。

個人情報の取り扱いについて

ご請求にあたりご提出いただく個人情報につきましては、保険会社が自賠責保険のお支払いをするために必要な範囲（関係先への照会等の事実関係の確認や損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所への調査依頼を含みます。）で利用させていただきます。

お支払いに関する決定・異議申立

お支払いに関する決定は、損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所が調査した結果に基づき弊社が行います。お支払いできない場合、減額してお支払いする場合などには、その理由や判断の根拠などをご案内いたしますが、ご不明な点がございましたら、弊社担当者までご照会ください。

また、お支払いに関する決定に対してご納得いただけない場合は、書面により異議の申し立て手続きをお取りいただくこともできます。所定の用紙（「**異議申立書**」）は弊社にて用意しております。

「**異議申立**」にあたっては、

①「異議申立のご趣旨」（支払内容などに対するご異議の内容、その根拠等）、被害者名、自賠責保険証明書番号等の記載、ご署名、ご捺印をいただいた書面を弊社窓口へご提出ください。

②また、ご異議の内容を裏付ける新たな資料などがございましたら、併せてご提出ください。

なお、自賠責保険においては、傷害、後遺障害、死亡のそれぞれの損害額の算出基準を定めた支払基準に違反があった場合や書面による適正な説明対応が行われていない場合に、自賠法第16条の7に基づく国土交通大臣に対する申出制度があります。詳細につきましては、国土交通省の自賠責保険ポータルサイトをご覧ください。

一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構

お支払いに関する決定についてご納得いただけない場合は、自賠責保険会社への異議の申し立て手続きのほか、「一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構」へ調停を申し立ていただくこともできます。

この機関は、国土交通大臣および内閣総理大臣の監督のもと、専門的かつ公正・中立な立場で自賠責保険のお支払いに関する調査を行い、紛争の当事者に対して調停を行います。

https://www.jibai-adr.or.jp

自賠責保険・自動車保険や交通事故に関するご相談

自賠責保険や任意の自動車保険の請求方法、賠償請求等についてご不明な点がある場合には、次のような無料の相談機関等があります。

1. 一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構

被害者の保護を目的として設立され、国から指定を受けた紛争処理機関です。詳しくは14ページをご参照ください。

http://www.jibai-adr.or.jp/

2. 一般社団法人 日本損害保険協会 そんぽADRセンター

一般社団法人日本損害保険協会のお客さま対応窓口で、損害保険に関する一般的なご相談（自動車保険および自賠責保険のご説明や保険金請求手続きのご案内等）に対応しています。
また、保険業法に基づく指定紛争解決機関として、損害保険会社の業務に関連する苦情の受付や紛争解決の支援を行っています。

（2026年4月現在）

名　称	直通電話	所在地
そんぽADRセンター東京	03-4332-5241	千代田区神田淡路町2-105 ワテラスアネックス7階
そんぽADRセンター近畿		大阪市中央区北浜2-6-26 大阪グリーンビル9階

https://www.sonpo.or.jp/about/efforts/adr/index.html

3. 公益財団法人 日弁連交通事故相談センター

弁護士による自動車事故の損害賠償者代に関する電話相談および面接相談を受け付けています。また、損害賠償の交渉で当事者間の話合いがつかない時に弁護士が間に立って、示談あっせんおよび審査手続きを行っています。

フリーダイヤル　０１２０－０７８３２５
https://n-tacc.or.jp/

ご提出書類一覧表

必要な書類は（写）と記載があるものを除いて、必ず原本 をご提出ください。

以下に記載の書類の他に、弊社または自賠責損害調査事務所より必要とする書類のご提出をお願いする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

◆個人番号（マイナンバー）、健康保険の被保険者等記号・番号・保険者番号が記載されている書類（住民票・確定申告書控え、診療報酬明細書・治療費領収書など）をご提出いただく場合は、番号が印字された部分をマジックなどで黒塗りしてください。

加害者請求			必要書類 ・太字の用紙は請求書類セットに組み込んでいます。 ・●印は必ずご提出いただく必要がある書類です。 ・○印は必要に応じてご提出いただく書類です。	発行者 作成者	被害者請求					チェック欄
傷害	後遺障害	死亡			傷害		後遺障害	死亡		
本請求	本請求	本請求			本請求	仮渡金	本請求	本請求	仮渡金	
A	B	C			D	G	E	F	H	
●	●	●	1 **支払請求書(保険金・損害賠償額・仮渡金)**	請求者	●	●	●	●	●	
●	●	●	2 請求者本人の印鑑登録証明書	市区町村役場	●	●	●	●	●	
●	●	●	3 交通事故証明書	自動車安全運転センター	●	●	●	●	●	
○	○	○	4 **人身事故証明書入手不能理由書** 事故のお届けが物件事故扱いの場合や、交通事故証明書に被害者名がない場合	運転者 被害者など	○	○	○	○	○	
●	●	●	5 **事故発生状況報告書**	運転者 被害者など	●	●	●	●	●	
			6 **入院・通院交通費／休業損害 請求意思確認シート**(＊1)	被害者など	●					
○	○	○	7 **入院・通院交通費明細書**	被害者など	●					
○	○	○	8 **休業損害証明書**、確定申告書(写)、所得証明書など	勤務先など	○		○	○		
○	○	○	9 **委任状**および委任者の印鑑登録証明書 委任を受けてご請求される場合	委任者	○	○	○	○	○	
●	●	●	10 加害者の支払いを証明する**領収証**	被害者など						
○	○	○	11 **示談書** 示談成立の場合のみ	示談当事者						
●	●	●	12 **診断書**(＊2)	医療機関	●	●	●	●		
●	●	○	13 **診療報酬明細書**(＊3)	医療機関	●		●	○		
○	○	○	14 **施術証明書・施術費明細書**	医療機関	○	○	○	○		
	●		15 後遺障害診断書 ご利用の場合は弊社窓口までご連絡ください	医療機関			●			
	●		16 レントゲン、MRI、CT等の画像資料	医療機関			●			
		●	17 死亡診断書または死体検案書	医療機関				●	●	
		●	18 省略のない戸籍(除籍)謄本	市区町村役場				●	●	
			19 仮渡金支払に関する念書 ご利用の場合は弊社窓口までご連絡ください	請求者		●			●	
○	○		20 住民票または戸籍抄本 事故当事者が未成年の場合	市区町村役場	○	○	○			
○	○	○	21 看護料領収証・付添看護料自認書 ご利用の場合は弊社窓口までご連絡ください	付添者	○		○	○		
○	○	○	22 その他損害を証明する書類、領収証など		○		○	○		

（＊1） 被害者請求の場合は必ずご提出ください。

（＊2） 歯科医院を受診された場合は、歯科用診断書が必要となりますので、弊社窓口までお問い合わせください。

（＊3） 診療報酬明細書は4種類（入院・通院各2種類）ございます。医療機関にご相談いただき、医療機関の指定する用紙をご提出ください。

MEMO

損保ジャパン自賠責保険金サービス課　連絡先一覧

北海道・東北・関東・中部地方

本店自賠責保険金サービス第一課　03-3349-3390

〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1 損保ジャパン本社ビル

近畿・中国・四国・九州地方

大阪自賠責保険金サービス課　06-4704-2399

〒541-0057　大阪府大阪市中央区北久宝寺町3-6-1 本町南ガーデンシティ

損害保険ジャパン株式会社

〒160-8338　東京都新宿区西新宿1-26-1
＜公式ウェブサイト＞ https://www.sompo-japan.co.jp/

SOMPOグループの一員です。

お問い合わせ先

(26060031) 328990-0405

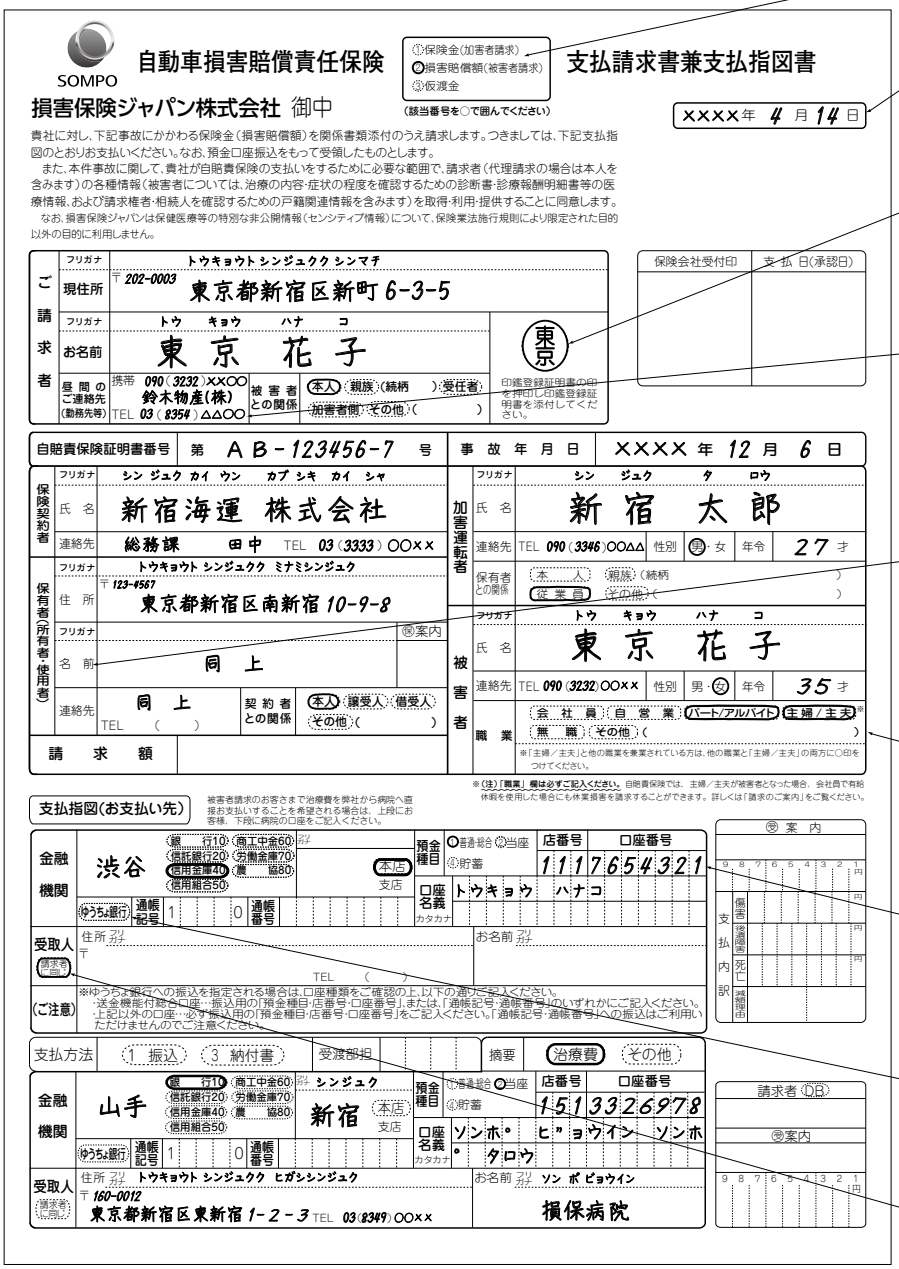
自賠責保険　請求書類セット

このたびの自動車事故に対し、心よりお見舞い申し上げます。

※下の記入例をご参考に「自動車損害賠償責任保険・支払請求書兼支払指図書」に必要事項をご記入ください。

1. ご請求されるご本人がご記入ください。
2. ご請求の時点でご請求者が未成年の場合は、親権者の方がご請求ください。
   その場合、親子関係を立証する書類として「住民票」または「戸籍抄本」をご提出ください。

〔記入例〕



SOMPO

自動車損害賠償責任保険　支払請求書兼支払指図書

①保険金(加害者請求)
②損害賠償額(被害者請求)
③仮渡金
(該当番号を○で囲んでください)

損害保険ジャパン株式会社 御中

×××× 年 4 月 14 日

貴社に対し、下記事故にかかわる保険金(損害賠償額)を関係書類添付のうえ請求します。つきましては、下記支払指図のとおりお支払いください。なお、預金口座振込をもって受領したものとします。
また、本件事故に関して、貴社が自賠責保険の支払いをするために必要な範囲で、請求者(代理請求の場合は本人を含みます)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・提供することに同意します。
なお、損害保険ジャパンは保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)について、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

ご請求者
フリガナ トウキョウト シンジュクク シンマチ
現住所 〒 202-0003 東京都新宿区新町 6-3-5
フリガナ トウ キョウ ハナ コ
お名前 東京 花子
昼間のご連絡先(勤務先等) 携帯 090(3232)××○○ 鈴木物産(株) TEL 03(8354)△△○○
被害者との関係 (本人)(親族)(続柄)(受任者)(加害者側)(その他)( )
東京
印鑑登録証明書の印を押印し、印鑑登録証明書を添付してください。

保険会社受付印 / 支払日(承認日)

自賠責保険証明書番号 第 AB-123456-7 号
事故年月日 ×××× 年 12 月 6 日

保険契約者
フリガナ シン ジュク カイ ウン カブ シキ カイ シャ
氏名 新宿海運 株式会社
連絡先 総務課 田中 TEL 03(3333)○○××

保有者(所有者・使用者)
フリガナ トウキョウト シンジュクク ミナミシンジュク
住所 〒 123-4567 東京都新宿区南新宿 10-9-8
フリガナ
名前 同上 ㊞案内
連絡先 同上 TEL ( ) 契約者との関係 (本人)(譲受人)(借受人)(その他)( )

請求額

加害運転者
フリガナ シン ジュク タ ロウ
氏名 新宿 太郎
連絡先 TEL 090(3346)○○△△ 性別 (男)・女 年令 27 才
保有者との関係 (本人)(親族)(続柄) (従業員)(その他)( )

被害者
フリガナ トウ キョウ ハナ コ
氏名 東京 花子
連絡先 TEL 090(3232)○○×× 性別 男・(女) 年令 35 才
職業 (会社員)(自営業)(パート/アルバイト)(主婦/主夫)(無職)(その他)( )
※「主婦/主夫」と他の職業を兼業されている方は、他の職業と「主婦/主夫」の両方に○印をつけてください。

※(注)「職業」欄は必ずご記入ください。自賠責保険では、主婦/主夫が被害者となった場合、会社員で有給休暇を使用した場合にも休業損害を請求することができます。詳しくは「請求のご案内」をご覧ください。

支払指図(お支払い先)
被害者請求のお客さまで治療費を弊社から病院へ直接お支払いすることを希望される場合は、上段にお客様、下段に病院の口座をご記入ください。

金融機関 渋谷 (銀行10)(商工中金60)(信託銀行20)(労働金庫70)(信用金庫40)(農協80)(信用組合50) 本店 支店
預金種目 ○普通総合 ◎当座 ㊀貯蓄 店番号 口座番号 1111765432
口座名義カタカナ トウキョウ ハナコ
ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号

受取人(請求者に同じ)
住所 カナ 〒 TEL ( )
お名前 カナ

(ご注意)
※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下の通りご記入ください。
・送金機能付総合口座…振込用の「預金種目・店番号・口座番号」または、「通帳記号・通帳番号」のいずれかにご記入ください。
・上記以外の口座…必ず振込用の「預金種目・店番号・口座番号」をご記入ください。「通帳記号・通帳番号」への振込はご利用いただけませんのでご注意ください。

㊞案内
支払内訳 傷害 後遺障害 死亡 諸費用等 円

支払方法 (1 振込)(3 納付書) 受渡部担 摘要 (治療費)(その他)

金融機関 山手 (銀行10)(商工中金60)(信託銀行20)(労働金庫70)(信用金庫40)(農協80)(信用組合50) シンジュク 新宿 本店 支店
預金種目 ○普通総合 ◎当座 ㊀貯蓄 店番号 口座番号 1513326978
口座名義カタカナ ソンホ・ヒョウイン ソンホ・タロウ
ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号

受取人(請求者に同じ)
住所 カナ トウキョウト シンジュクク ヒガシシンジュク 〒 160-0012 東京都新宿区東新宿 1-2-3 TEL 03(8349)○○××
お名前 カナ ソン ボ ビョウイン 損保病院

請求者 ①B
㊞案内

いずれかに○印をつけてください。

請求日をご記入ください。

請求者ご本人の印鑑登録証明書の印を押印のうえ、必ず印鑑登録証明書を添付してください。

昼間のご連絡先および電話番号を必ずご記入ください。なお、現住所やご連絡先を変更されたときは、速やかに弊社担当者までご一報ください。

以下の場合はご記入不要です。
・保有者が請求者と同一の場合
・被害者請求で情報が不明の場合

被害者職業欄は必ずご記入ください。「主婦/主夫」の方で「パート/アルバイト」を兼業されている方は、「主婦/主夫」と「パート/アルバイト」の両方に○印をつけてください。

預金通帳等でご確認のうえ、金融機関名・支店名・口座種類・口座番号・口座名義(カタカナ)を正確にご記入ください。

ゆうちょ銀行を選択された場合は、通帳記号・通帳番号をご記入ください。

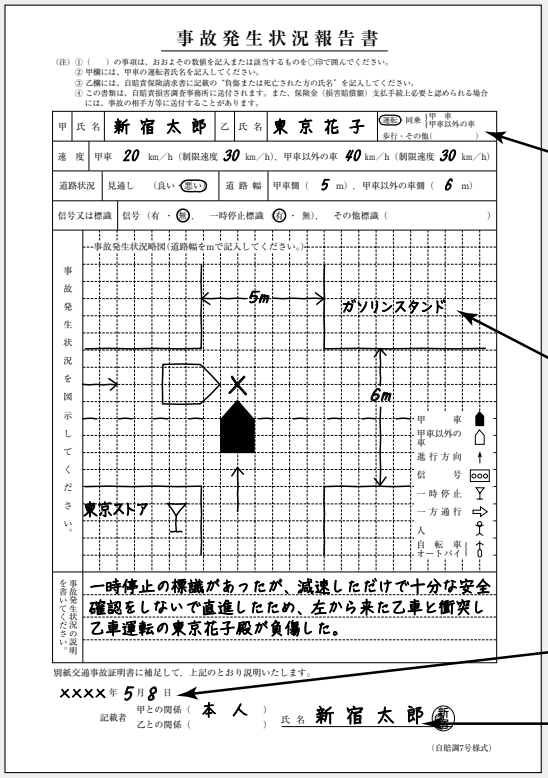
受取人が請求者と同一のときはご記入不要です。

損害保険ジャパン株式会社

請求書類セットは、公式ウェブサイトからもダウンロード可能です。
下記 URL または右記 QR コードよりアクセスください。
https://www.sompo-japan.co.jp/kinsurance/automobile/jibaiseki/respo/

事故発生状況報告書

（1）事故の状況をご存知の方がご記載ください（被害者の方 1 名につき1枚ずつ必要です）。
（2）ご記載の内容が事実と相違していた場合、保険金のお支払いができなくなることがありますので、正しくご記入ください。



事故発生状況報告書

（注）①（　）の事項は、おおよその数値を記入または該当するものを○印で囲んでください。
②甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
③乙欄には、自賠責保険請求者に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
④この書類は、自賠責損害調査事務所に送付されます。また、保険金（損害賠償額）支払手続上必要と認められる場合には、事故の相手方等に送付することがあります。

甲	氏名	新宿太郎	乙	氏名	東京花子
					（運転）同乗 甲車 甲車以外の車 歩行・その他（　）
速度	甲車 20 km/h（制限速度 30 km/h）、甲車以外の車 40 km/h（制限速度 30 km/h）				
道路状況	見通し （良い）悪い		道路幅	甲車側（ 5 m）、甲車以外の車側（ 6 m）	
信号又は標識	信号（有・無）、一時停止標識（有）・無）、その他標識（　）				

事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）

事故発生状況の説明を書いてください。

一時停止の標識があったが、減速しただけで十分な安全確認をしないで直進したため、左から来た乙車と衝突し乙車運転の東京花子殿が負傷した。

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり説明いたします。

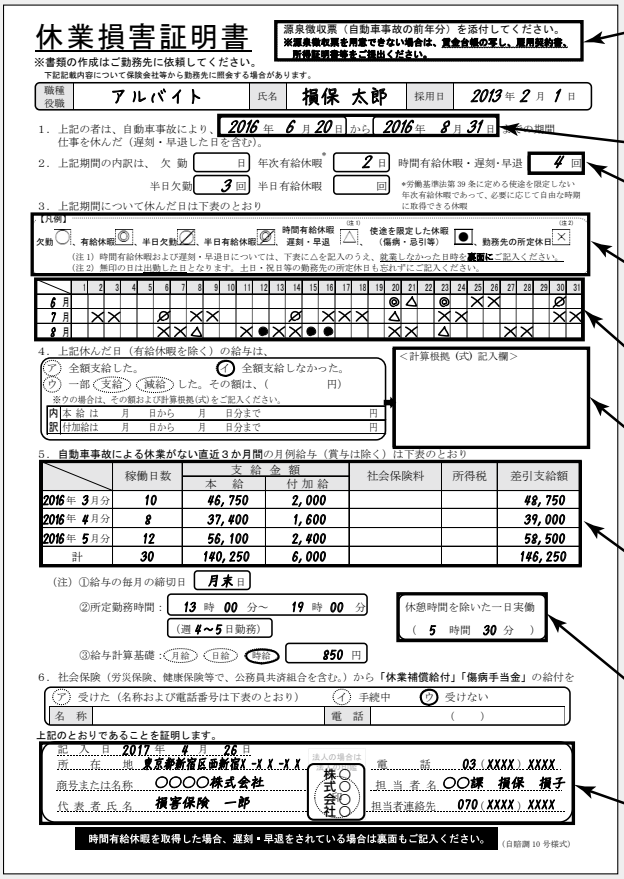
××××年 5月8日

記載者　甲との関係（　本　人　）　乙との関係（　　）　氏名 新宿太郎 ㊞

（自賠調7号様式）

- 事故時の被害者の状況についていずれかに○印をおつけください。なお、同乗者の場合は「甲車」「甲車以外の車」のいずれかに○印をおつけください。
- 事故の現場、状況、位置、事故発生までのいきさつ、自車と相手車の関係などを図示し、できるだけ詳細にご説明ください。
  〈見取図記入のポイント〉
  ・事故地点を中心に道路の状況（十字路、T字路、直線路、曲線路など）、道路幅、信号、道路標識（一時停止など）、道路標示（中央線、横断歩道など）を図示してください。
  ・事故当事者双方の、事故に至るまでの経路、進行方向、衝突地点を図示してください。
- 記載年月日をご記入ください。
- 記載内容に誤りがないことを確認のうえ、ご署名・ご捺印ください。

休業損害証明書



休業損害証明書

源泉徴収票（自動車事故の前年分）を添付してください。
※源泉徴収票を用意できない場合は、賃金台帳の写し、雇用契約書、所得証明書等をご提出ください。

※書類の作成はご勤務先に依頼してください。
下記記載内容について保険会社等から勤務先に照会する場合があります。

職種 役職	アルバイト	氏名	損保 太郎	採用日	2013年 2月 1日

1．上記の者は、自動車事故により、2016年 6月 20日から 2016年 8月 31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* 2 日　時間有給休暇・遅刻・早退 4 回
半日欠勤 3 回　半日有給休暇 回
*労働基準法第39条に定める使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

3．上記期間について休んだ日は下表のとおり

【凡例】
欠勤〇、有給休暇◎、半日欠勤／、半日有給休暇▨、時間有給休暇△（注1）、遅刻・早退、使途を限定した休暇（傷病等）●（注2）、勤務先の所定休日×

（注1）時間有給休暇および遅刻・早退日については、下表に△を記入のうえ、就業しなかった日時を裏面にご記入ください。
（注2）無回の日は出勤した日となります。土日・祝日等の勤務先の所定休日も忘れずにご記入ください。

	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
6月																				◎	△		◎			✕	✕				／
7月	✕	✕			／		✕	✕				／			✕	✕	✕		△			✕	✕						／	✕
8月	✕	✕	✕	△			✕	✕	●	●			✕	✕			△														

4．上記休んだ日（有給休暇を除く）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）
※ウの場合は、その額および計算根拠(式)をご記入ください。
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＞

5．自動車事故による休業がない直近３か月間の月例給与（賞与は除く）は下表のとおり

	稼働日数	支給金額 本給	支給金額 付加給	社会保険料	所得税	差引支給額
2016年 3月分	10	46,750	2,000			48,750
2016年 4月分	8	37,400	1,600			39,000
2016年 5月分	12	56,100	2,400			58,500
計	30	140,250	6,000			146,250

（注）①給与の毎月の締切日 月末 日
②所定勤務時間：13 時 00 分～ 19 時 00 分（週 4～5 日勤務）
休憩時間を除いた一日実働（ 5 時間 30 分 ）
③給与計算基礎：（月給）（日給）（時給） 850 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「休業補償給付」「傷病手当金」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 受けない

名称		電話	（　）

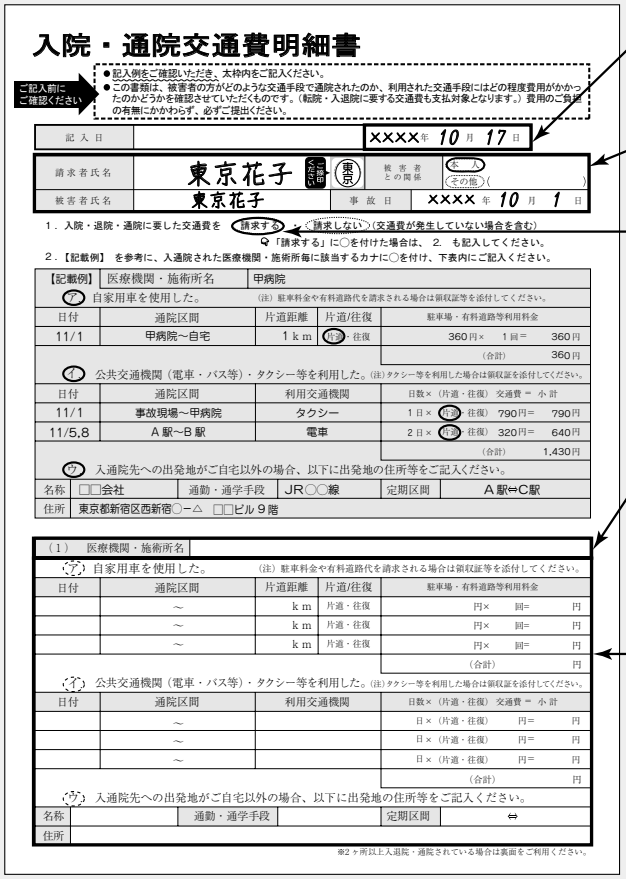
上記のとおりであることを証明します。
記入日 2017年 4月 26日
所在地 東京都新宿区西新宿X-X-X
商号または名称 ○○○○株式会社
代表者氏名 損害保険 一郎
法人の場合は 株式会社○○
電話 03（XXXX）XXXX
担当者名 ○○課 損保 損子
担当者連絡先 070（XXXX）XXXX

時間有給休暇を取得した場合、遅刻・早退をされている場合は裏面もご記入ください。

（自賠調 10 号様式）

- 生命保険外交員等の自由業者の方
  「報酬、契約金および賃金の支払調書」または「事故前直近1年間の支払明細書等」
- 白色申告事業主または青色申告事業主の方
  事故前年の確定申告書の控え（税務署の受付印または受付日時・番号が印字されているもの）
  個人番号（マイナンバー）が印字された書類をご提出いただく場合は、個人番号が印字された部分をマジックペンなどで黒塗りしてください。
- 自動車事故により仕事を休んだ期間には遅刻・早退した日を含めてください。
- **時間有給休暇・遅刻・早退がある場合は裏面にもご記入ください。**
- 同日に複数の短縮勤務を行った場合には回数を分けてご記入ください。
  ※例えば、同日に遅刻と早退を行った場合は2回となります。
- 使途を限定した休暇…夏季休暇、傷病休暇、忌引休暇など
- 勤務先所定の休暇…お盆・年末年始など勤務先が一斉に休業するような休日、就労シフトによる公休日など
- 自動車事故により仕事を休んだ期間が3か月以上の場合は**この用紙をコピーし2枚目以降にご記入ください。**
- 自動車事故による欠勤等のため給与に変動があった場合は、実際の支給・減給額の計算式を記入してください。
- **自動車事故による休業がない直近3か月**の月例給与をご記入ください（賞与は除く）。
  ※例えば、毎月20日締めの場合
  ・事故日が4月10日→12月21日～3月20日までの3か月
  ・事故日が4月25日→1月21日～4月20日までの3か月
- 付加給とは、時間外勤務手当や通勤手当、皆勤手当等のことを指します。
- 時間短縮勤務等を行っている場合には実際の勤務時間をご記入ください。
- 所在地・商号または名称等はゴム印でもかまいません。
- 法人の場合は法人の印鑑を押印してください。

入院・通院交通費明細書



入院・通院交通費明細書

ご記入前にご確認ください

●記入例をご確認いただき、太枠内をご記入ください。
●この書類は、被害者の方がどのような交通手段で通院されたのか、利用された交通手段にはどの程度費用がかかったのかどうかを確認させていただくものです。（転院・入退院に要する交通費も支払対象となります。）費用のご負担の有無にかかわらず、必ずご提出ください。

記入日　××××年 10 月 17 日

請求者氏名　東京花子　㊞（ご捺印ください）　被害者との関係　(本人)・(その他)（　　）

被害者氏名　東京花子　事故日　××××年 10 月 1 日

1．入院・退院・通院に要した交通費を　(請求する)・(請求しない)（交通費が発生していない場合を含む）

「請求する」に○を付けた場合は、2．も記入してください。

2．【記載例】を参考に、入通院された医療機関・施術所毎に該当するカナに○を付け、下表内にご記入ください。

【記載例】	医療機関・施術所名	甲病院		
(ア) 自家用車を使用した。		（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。		
日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
11/1	甲病院～自宅	1ｋｍ	(片道)・往復	360円×　1回＝　360円
				（合計）　360円
(イ) 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。				
日付	通院区間	利用交通機関		日数×（片道・往復）交通費 ＝ 小 計
11/1	事故現場～甲病院	タクシー		1日×（片道）・往復）　790円＝　790円
11/5,8	A駅～B駅	電車		2日×（片道）・往復）　320円＝　640円
				（合計）　1,430円
(ウ) 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。				
名称	□□会社	通勤・通学手段	JR○○線	定期区間　A駅⇔C駅
住所	東京都新宿区西新宿○－△　□□ビル９階			

（1）　医療機関・施術所名				
(ア) 自家用車を使用した。		（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。		
日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回＝　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回＝　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回＝　円
				（合計）　円
(イ) 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。				
日付	通院区間	利用交通機関		日数×（片道・往復）交通費 ＝ 小 計
	～			日×（片道・往復）　円＝　円
	～			日×（片道・往復）　円＝　円
	～			日×（片道・往復）　円＝　円
				（合計）　円
(ウ) 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。				
名称		通勤・通学手段		定期区間　⇔
住所				

※2ヶ所以上入退院・通院されている場合は裏面をご利用ください。

- この入院・通院交通費明細書をお書きになった日付をご記入ください。

⚠ ご注意　請求者とは、保険の補償の対象になる方のことです。

- 請求者（被害者が未成年の場合は親権者）の氏名をご記入のうえご捺印いただき、被害者との関係を選択項目から選択してください。
- 「被害者名」、「事故が発生した日付」をご記入ください。

- 交通費が発生していない場合でもどちらかに○をつけてください。

病院名などをご記入ください。

- 2ヶ所以上入退院・通院された場合は裏面の記入欄（2）（3）へご記入ください。

自家用車で通院した場合

- ア．に○をつけてください。
- 自家用車で通院した日数と、自宅から病院までの片道の距離（km）をご記入ください。

公共交通機関・タクシーで通院した場合

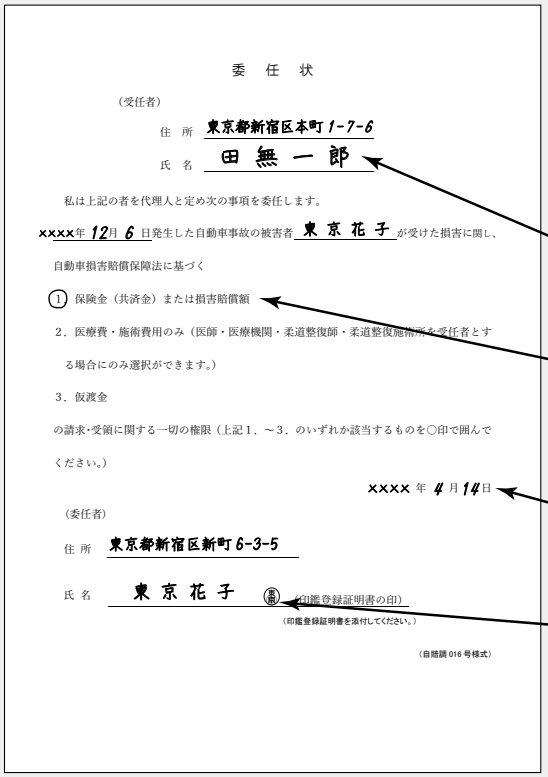
- イ．に○をつけてください。

タクシーをご利用の場合：通院月日、通院区間、利用交通機関（タクシー）、タクシー代をご記入ください。
タクシー代の領収証を同封してください。
電車・バス等をご利用の場合：通院期間、通院区間（路線、駅名、バス停名等）、利用交通機関（電車等）、片道運賃をご記入ください。

入通院先への出発地がご自宅以外の場合

- ウ．に○をつけてください。
- 出発地の住所等をご記入ください。

委任状



委　任　状

（受任者）

住　所　東京都新宿区本町 1-7-6

氏　名　田 無 一 郎

私は上記の者を代理人と定め次の事項を委任します。

××××年 12月 6 日発生した自動車事故の被害者 東 京 花 子 が受けた損害に関し、

自動車損害賠償保障法に基づく

① 保険金（共済金）または損害賠償額

2．医療費・施術費用のみ（医師・医療機関・柔道整復師・柔道整復施術所を受任者とする場合にのみ選択ができます。）

3．仮渡金

の請求・受領に関する一切の権限（上記1．～3．のいずれか該当するものを○印で囲んでください。）

××××年 4 月 14 日

（委任者）

住　所　東京都新宿区新町 6-3-5

氏　名　東 京 花 子　㊞（印鑑登録証明書の印）

（印鑑登録証明書を添付してください。）

（自賠調 016 号様式）

次のような場合は、**委任状**と**印鑑登録証明書**が必要です。

- 加害者または被害者の方が第三者に委任して請求する場合
- 死亡事故で請求権者が数名ある場合（原則として請求を 1 名の方にまとめていただくため、請求権者全員の委任状を提出していただきます。）
- 病院が受任請求される場合

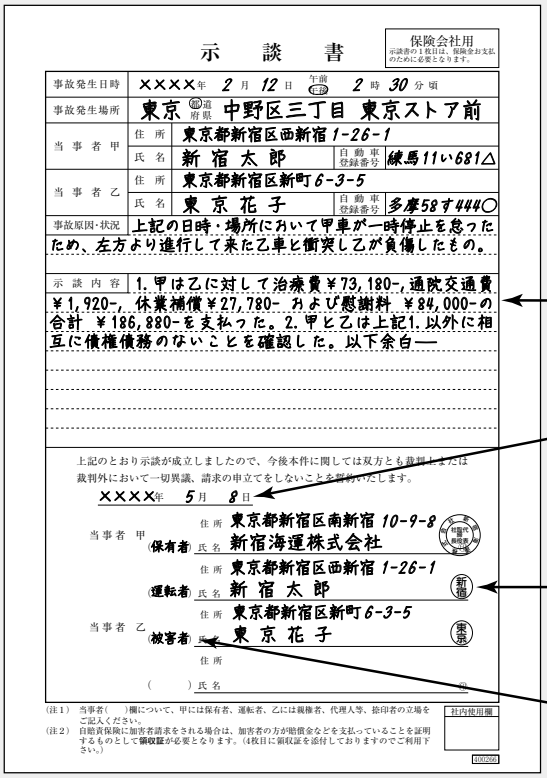
- 通常、受任者が保険金の請求者となります。

- 委任される事項の番号を、明確に○で囲んでください。
（注）「2．医療費・施術費用のみ」は医師・医療機関・柔道整復師・柔道整復施術所が受任請求される場合のみ選択できます。

- 委任をした日をご記入ください。

- 印鑑登録証明書の印をご捺印のうえ、必ず印鑑登録証明書を添付してください。

示談書



示　談　書

保険会社用
示談書の１枚目は、保険金お支払のために必要となります。

事故発生日時	××××年 2 月 12 日 午前(午後) 2 時 30 分頃		
事故発生場所	東京 都道府県 中野区三丁目 東京ストア前		
当事者甲	住所	東京都新宿区西新宿 1-26-1	
	氏名 新宿 太郎	自動車登録番号	練馬11い681△
当事者乙	住所	東京都新宿区新町 6-3-5	
	氏名 東京 花子	自動車登録番号	多摩58す444○
事故原因・状況	上記の日時・場所において甲車が一時停止を怠ったため、左方より進行して来た乙車と衝突し乙が負傷したもの。		
示談内容	1. 甲は乙に対して治療費￥73,180-, 通院交通費￥1,920-, 休業補償￥27,780- および慰謝料 ￥84,000-の合計 ￥186,880-を支払った。2. 甲と乙は上記1. 以外に相互に債権債務のないことを確認した。以下余白──		

上記のとおり示談が成立しましたので、今後本件に関しては双方とも裁判上または裁判外において一切異議、請求の申立てをしないことを誓約いたします。

××××年 5月 8日

当事者甲
(保有者) 住所 東京都新宿区南新宿 10-9-8
氏名 新宿海運株式会社
(運転者) 住所 東京都新宿区西新宿 1-26-1
氏名 新宿 太郎 (新宿)

当事者乙
(被害者) 住所 東京都新宿区新町 6-3-5
氏名 東京 花子 (東京)

住所
(　　) 氏名 ㊞

(注1) 当事者(　)欄について、甲には保有者、運転者、乙には親権者、代理人等、捺印者の立場をご記入ください。
(注2) 自賠責保険に加害者請求をされる場合は、加害者の方が賠償金などを支払っていることを証明するものとして**領収証**が必要となります。(4枚目に領収証を添付しておりますのでご利用下さい。)

社内使用欄

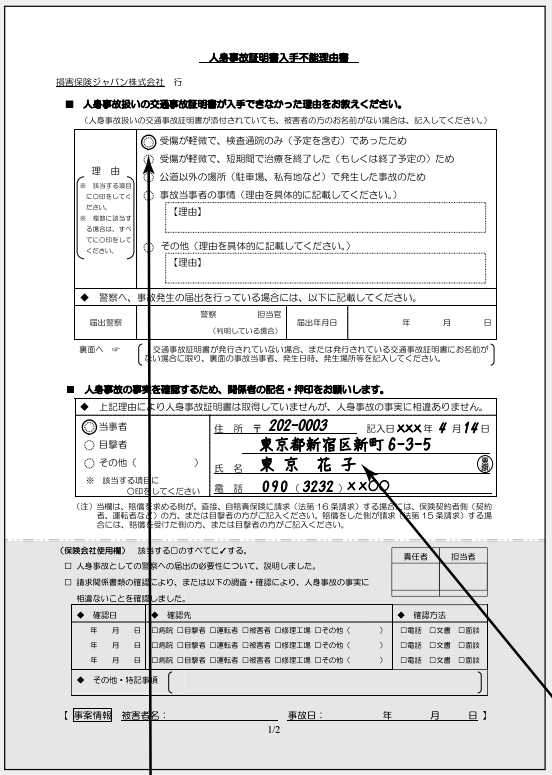
100266

示談が成立している場合のみ必要です。

示談が成立している場合は「示談書」を提出してください。また、**加害者請求の場合は、必ず領収証（示談金領収証）を添付**してください。

- 示談の内容は後日紛争のないように、具体的、明確にもれなく書いてください。
- 示談成立日をご記入ください。
- 当事者（甲、乙）欄は、原則として加害者の方を甲欄に、被害者の方を乙欄に記入してください。
- 当事者（　）欄について、甲には保有者、運転者、乙には親権者、代理人等、捺印者の立場を記入してください。

入手不能理由書



人身事故証明書入手不能理由書

損害保険ジャパン株式会社　行

■ **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○印を付してください。
※ 複数に該当する場合は、すべてに○印を付してください。

(○) 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
( ) 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
( ) 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
( ) 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】
( ) その他（理由を具体的に記載してください。）
【理由】

◆ 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、人身事故の事実に相違ありません。

(○) 当事者
( ) 目撃者
( ) その他 (　　)
※ 該当する項目に○印を付してください

住所 〒 202-0003 記入日 ××× 年 4 月 14 日
東京都新宿区新町 6-3-5
氏名 東京 花子 (東京)
電話 090 (3232) ××○○

(注) 当欄は、賠償を求める側が、政府、自賠責保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者欄（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□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。

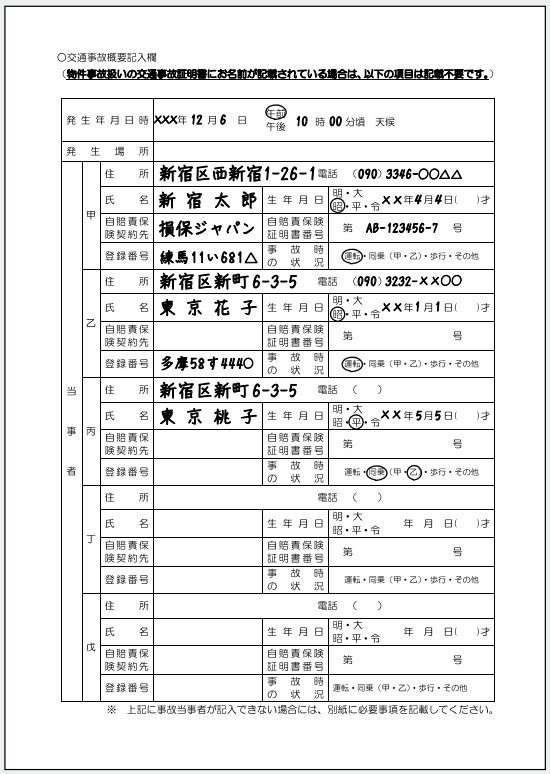
責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 (　)	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 (　)	□電話 □文書 □面談
年 月 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 (　)	□電話 □文書 □面談

◆ その他・特記事項

【 事案情報 被害者名： 事故日： 年 月 日 】

1/2



○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 12 月 6 日 (午前)午後 10 時 00 分頃 天候			
発生場所				
当事者 甲	住所	新宿区西新宿1-26-1 電話 (090) 3346-○○△△		
	氏名 新宿 太郎	生年月日	明・大・昭・平・令 ××年4月4日( )才	
	自賠責保険契約先 損保ジャパン	自賠責保険証明書番号	第 AB-123456-7 号	
	登録番号 練馬11い681△	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	
当事者 乙	住所	新宿区新町 6-3-5 電話 (090) 3232-××○○		
	氏名 東京 花子	生年月日	明・大・昭・平・令 ××年1月1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 多摩58す444○	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他	
当事者 丙	住所	新宿区新町 6-3-5 電話 ( )		
	氏名 東京 桃子	生年月日	明・大・昭・平・令 ××年5月5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	
当事者 丁	住所	電話 ( )		
	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 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	
当事者 戊	住所	電話 ( )		
	氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 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。

該当する項目（人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなった理由）に○印をしてください。

事故のお相手の記入・捺印をお願いしております。お相手のご協力が得られない場合は、「お相手の協力が得られなかった」旨を空いている欄にご記載のうえ、ご自身がご記入・ご捺印ください。

SOMPO

自動車損害賠償責任保険 支払請求書兼支払指図書

①保険金(加害者請求)
②損害賠償額(被害者請求)
③仮渡金
(該当番号を○で囲んでください)

損害保険ジャパン株式会社 御中

年 月 日

貴社に対し、下記事故にかかわる保険金(損害賠償額)を関係書類添付のうえ請求します。つきましては、下記支払指図のとおりお支払いください。なお、預金口座振込をもって受領したものとします。

また、本件事故に関して、貴社が自賠責保険の支払いをするために必要な範囲で、請求者(代理請求の場合は本人を含みます)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・提供することに同意します。

なお、損害保険ジャパンは保健医療等の特別な非公開情報(センシティブ情報)について、保険業法施行規則により限定された目的以外の目的に利用しません。

保険会社受付印	支 払 日(承認日)

ご請求者

フリガナ			
現住所	〒		
フリガナ			
お名前			印鑑登録証明書の印を押印し印鑑登録証明書を添付してください。
昼間のご連絡先(勤務先等)	携帯 ( ) TEL ( )	被害者との関係	本人 親族(続柄) 受任者 加害者側 その他( )

自賠責保険証明書番号	第 号	事故年月日	年 月 日

保険契約者

フリガナ	
氏名	
連絡先	TEL ( )

保有者(所有者・使用者)

フリガナ			
住所	〒		
フリガナ		㊗案内	
名前			
連絡先	TEL ( )	契約者との関係	本人 譲受人 借受人 その他( )

請求額

加害運転者

フリガナ					
氏名					
連絡先	TEL ( )	性別	男・女	年令	才
保有者との関係	本人 親族(続柄) 従業員 その他( )				

被害者

フリガナ					
氏名					
連絡先	TEL ( )	性別	男・女	年令	才
職業	会社員 自営業 パート/アルバイト 主婦/主夫※ 無職 その他( )				

※「主婦/主夫」と他の職業を兼業されている方は、他の職業と「主婦/主夫」の両方に○印をつけてください。

※(注)「職業」欄は必ずご記入ください。自賠責保険では、主婦/主夫が被害者となった場合、会社員で有給休暇を使用した場合にも休業損害を請求することができます。詳しくは「請求のご案内」をご覧ください。

支払指図(お支払い先)

被害者請求のお客さまで治療費を弊社から病院へ直接お支払いすることを希望される場合は、上段にお客様、下段に病院の口座をご記入ください。

金融機関	銀行10 商工中金60 信託銀行20 労働金庫70 信用金庫40 農協80 信用組合50 フリガナ 本店 支店		預金種目	①普通・総合 ②当座 ④貯蓄	店番号 / 口座番号
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号	口座名義 カタカナ	
受取人(請求者に同じ)	住所 フリガナ 〒 TEL ( )		お名前 フリガナ		
(ご注意)	※ゆうちょ銀行への振込を指定される場合は、口座種類をご確認の上、以下の通りご記入ください。 ・送金機能付総合口座…振込用の「預金種目・店番号・口座番号」、または、「通帳記号・通帳番号」のいずれかにご記入ください。 ・上記以外の口座…必ず振込用の「預金種目・店番号・口座番号」をご記入ください。「通帳記号・通帳番号」への振込はご利用いただけませんのでご注意ください。				

支払方法	1 振込 3 納付書	受渡部担	摘要	治療費 その他

金融機関	銀行10 商工中金60 信託銀行20 労働金庫70 信用金庫40 農協80 信用組合50 フリガナ 本店 支店		預金種目	①普通・総合 ②当座 ④貯蓄	店番号 / 口座番号
	ゆうちょ銀行	通帳記号 1 0	通帳番号	口座名義 カタカナ	
受取人(請求者に同じ)	住所 フリガナ 〒 TEL ( )		お名前 フリガナ		

㊗案内									
	9	8	7	6	5	4	3	2	1円
支払内訳 傷害									円
後遺障害									円
死亡									円
減額理由									

請求者DB
㊗案内
9 8 7 6 5 4 3 2 1円

支払方法	1 振込	3 納付書	受渡部担		摘要	治療費	その他

金融機関	銀行10 / 商工中金60 / 信託銀行20 / 労働金庫70 / 信用金庫40 / 農協80 / 信用組合50	フリガナ	本店 / 支店	預金種目	①普通・総合 ②当座 ④貯蓄	店番号	口座番号
	ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号			口座名義 カタカナ			
受取人（請求者に同じ）	住所 フリガナ 〒 TEL （ ）		お名前 フリガナ				

請求者 DB
受案内
9 8 7 6 5 4 3 2 1 円

支払方法	1 振込	3 納付書	受渡部担		摘要	治療費	その他

金融機関	銀行10 / 商工中金60 / 信託銀行20 / 労働金庫70 / 信用金庫40 / 農協80 / 信用組合50	フリガナ	本店 / 支店	預金種目	①普通・総合 ②当座 ④貯蓄	店番号	口座番号
	ゆうちょ銀行 通帳記号 1 0 通帳番号			口座名義 カタカナ			
受取人（請求者に同じ）	住所 フリガナ 〒 TEL （ ）		お名前 フリガナ				

請求者 DB
受案内
9 8 7 6 5 4 3 2 1 円

人身事故証明書入手不能理由書

損害保険ジャパン株式会社　行

■　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。	◌ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ◌ 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 ◌ 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 ◌ 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】 ◌ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

◆　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、人身事故の事実に相違ありません。

◌ 当事者
◌ 目撃者
◌ 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　　㊞

電　話　　（　　）

（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□のすべてに✓する。

責任者	担当者

□ 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	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □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。）

<table>
<tr><td colspan="3">発生年月日時</td><td colspan="3">年　月　日　午前
午後　時　分頃　天候</td></tr>
<tr><td colspan="3">発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="17">当事者</td><td rowspan="4">甲</td><td>住所</td><td colspan="3">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平・令　年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">乙</td><td>住所</td><td colspan="3">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平・令　年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丙</td><td>住所</td><td colspan="3">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平・令　年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丁</td><td>住所</td><td colspan="3">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平・令　年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">戊</td><td>住所</td><td colspan="3">電話　（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大
昭・平・令　年　月　日（　）才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
</table>

※　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。

事故発生状況報告書

(注) ①（　　）の事項は、おおよその数値を記入または該当するものを○印で囲んでください。
② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。
④ この書類は、自賠責損害調査事務所に送付されます。また、保険金（損害賠償額）支払手続上必要と認められる場合には、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）					
道路状況	見通し　（良い・悪い）		道 路 幅	甲車側（　　m），甲車以外の車側（　　m）		
信号又は標識	信号（有 ・ 無），　一時停止標識（有 ・ 無），　その他標識（　　）					

事故発生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。）

甲　車
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

事故発生状況の説明を書いてください。

別紙交通事故証明書に補足して，上記のとおり説明いたします。

年　　月　　日

記載者　甲との関係（　　）
乙との関係（　　）　　氏 名　　㊞

（自賠調7号様式）

被害者請求の際は必ずご提出ください

入院・通院交通費／休業損害請求意思確認シート

※該当する番号に○をしていただき、請求書類に同封してください。

Ⅰ.入院・通院交通費について・・・（○をしてください）

1 請求する ➡ 「入院・通院交通費明細書」をご提出ください。
タクシー利用の場合は、領収証（原本）が必要となります。

2 請求しない

3 後日請求する

Ⅱ.休業損害について・・・（○をしてください）

1 請求する ➡
・お勤めの方は、「休業損害証明書」および「収入立証資料」
（事故前年度の源泉徴収票・賃金台帳・所得証明書・
雇用契約書など）をご提出ください。

・家事従事者（主婦/主夫：一人暮らしを除く）の方は、
「住民票」および取付手数料の領収証もご提出ください。
※住民票・・・続柄の省略のない、世帯全員の記載あるもの。

・自営業の方は、事故前年度の「確定申告書（控）」
（税務署印の押印または受付日時・番号の印字のあるもの）
をご提出ください。

2 請求しない

3 後日請求する

年　月　日

住所

名前　印

入院・通院交通費明細書

ご記入前にご確認ください

- 記入例をご確認いただき、太枠内をご記入ください。
- この書類は、被害者の方がどのような交通手段で通院されたのか、利用された交通手段にはどの程度費用がかかったのかどうかを確認させていただくものです。（転院・入退院に要する交通費も支払対象となります。）費用のご負担の有無にかかわらず、必ずご提出ください。

記入日	年　月　日

請求者氏名	ご捺印ください 印	被害者との関係	本人 / その他（　）
被害者氏名		事故日	年　月　日

1．入院・退院・通院に要した交通費を　請求する　・　請求しない　（交通費が発生していない場合を含む）

☞「請求する」に○を付けた場合は、 2. も記入してください。

2．【記載例】 を参考に、入通院された医療機関・施術所毎に該当するカナに○を付け、下表内にご記入ください。

【記載例】　医療機関・施術所名　甲病院

(ア) 自家用車を使用した。　（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。

日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
11/1	甲病院～自宅	1ｋｍ	(片道)・往復	360円× 1回＝ 360円
				（合計） 360円

(イ) 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。

日付	通院区間	利用交通機関	日数×（片道・往復） 交通費 ＝ 小計
11/1	事故現場～甲病院	タクシー	1日×(片道)・往復 790円＝ 790円
11/5,8	A駅～B駅	電車	2日×(片道)・往復 320円＝ 640円
			（合計） 1,430円

(ウ) 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。

名称	□□会社	通勤・通学手段	JR○○線	定期区間	A駅⇔C駅
住所	東京都新宿区西新宿○－△　□□ビル９階				

（1）　医療機関・施術所名

(ア) 自家用車を使用した。　（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。

日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
	～	ｋｍ	片道・往復	円× 回= 円
	～	ｋｍ	片道・往復	円× 回= 円
	～	ｋｍ	片道・往復	円× 回= 円
				（合計） 円

(イ) 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。

日付	通院区間	利用交通機関	日数×（片道・往復） 交通費 ＝ 小計
	～		日×（片道・往復） 円＝ 円
	～		日×（片道・往復） 円＝ 円
	～		日×（片道・往復） 円＝ 円
			（合計） 円

(ウ) 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。

名称		通勤・通学手段		定期区間	⇔
住所					

※2ヶ所以上入退院・通院されている場合は裏面をご利用ください。

（2） 医療機関・施術所名	

㋐ 自家用車を使用した。　（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。

日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
				（合計）　円

㋑ 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。

日付	通院区間	利用交通機関	日数×（片道・往復） 交通費 ＝ 小 計
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
			（合計）　円

㋒ 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。

名称		通勤・通学手段		定期区間	⇔
住所					

（3） 医療機関・施術所名	

㋐ 自家用車を使用した。　（注）駐車料金や有料道路代を請求される場合は領収証等を添付してください。

日付	通院区間	片道距離	片道/往復	駐車場・有料道路等利用料金
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
	～	ｋｍ	片道・往復	円×　回=　円
				（合計）　円

㋑ 公共交通機関（電車・バス等）・タクシー等を利用した。（注）タクシー等を利用した場合は領収証を添付してください。

日付	通院区間	利用交通機関	日数×（片道・往復） 交通費 ＝ 小 計
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
	～		日×（片道・往復）　円＝　円
			（合計）　円

㋒ 入通院先への出発地がご自宅以外の場合、以下に出発地の住所等をご記入ください。

名称		通勤・通学手段		定期区間	⇔
住所					

休業損害証明書

源泉徴収票（自動車事故の前年分）を添付してください。
※源泉徴収票を用意できない場合は、賃金台帳の写し、雇用契約書、所得証明書等をご提出ください。

※書類の作成はご勤務先に依頼してください。
下記記載内容について保険会社等から勤務先に照会する場合があります。

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*　日　時間有給休暇・遅刻･早退　回
半日欠勤　回　半日有給休暇　回

*労働基準法第 39 条に定める使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

3．上記期間について休んだ日は下表のとおり

【凡例】
欠勤○、有給休暇◎、半日欠勤⊘、半日有給休暇◎、時間有給休暇 遅刻・早退△(注1)、使途を限定した休暇（傷病・忌引等）●、勤務先の所定休日×(注2)

（注 1）時間有給休暇および遅刻・早退日については、下表に△を記入のうえ、就業しなかった日時を**裏面に**ご記入ください。
（注 2）無印の日は出勤した日となります。土日・祝日等の勤務先の所定休日も忘れずにご記入ください。

	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
月																															
月																															
月																															

4．上記休んだ日（有給休暇を除く）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）
※ウの場合は、その額および計算根拠(式)をご記入ください。

内訳					
内	本給は	月	日から	月	日分まで　円
訳	付加給は	月	日から	月	日分まで　円

＜計算根拠（式）記入欄＞

5．**自動車事故による休業がない直近３か月間**の月例給与（賞与は除く）は下表のとおり

	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
（週　日勤務）

休憩時間を除いた一日実働
（　時間　分）

③給与計算基礎：月給 日給 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**「休業補償給付」「傷病手当金」**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　受けない

名称		電話	（　）

上記のとおりであることを証明します。

記入日　年　月　日
所在地
商号または名称
代表者氏名
法人の場合は法人の印鑑　印
電話　（　）
担当者名
担当者連絡先　（　）

時間有給休暇を取得した場合、遅刻・早退をされている場合は裏面もご記入ください。

（自賠調 10 号様式）

時間有給休暇を取得した場合、遅刻・早退をされている場合は、下表にご記入ください。

時間有給休暇	
取得日	有給取得時間
記入例 4月1日	1 時間
記入例 5月1日	3 時間
月 日	時間
月 日	時間
月 日

示　談　書

保険会社用
示談書の１枚目は、保険金お支払のために必要となります。

事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分 頃				
事故発生場所	都道府県				
当事者甲	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
当事者乙	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
事故原因･状況					
示談内容					

上記のとおり示談が成立しましたので、今後本件に関しては双方とも裁判上または裁判外において一切異議、請求の申立てをしないことを誓約いたします。

年　月　日

当事者　甲

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

当事者　乙

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

（注１）　当事者（　　）欄について、甲には保有者、運転者、乙には親権者、代理人等、捺印者の立場をご記入ください。

（注２）　自賠責保険に加害者請求をされる場合は、加害者の方が賠償金などを支払っていることを証明するものとして**領収証**が必要となります。（4枚目に領収証を添付しておりますのでご利用下さい。）

社内使用欄

400266

示　談　書

事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分 頃				
事故発生場所	都道府県				
当事者甲	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
当事者乙	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
事故原因･状況					
示談内容					

上記のとおり示談が成立しましたので、今後本件に関しては双方とも裁判上または裁判外において一切異議、請求の申立てをしないことを誓約いたします。

年　月　日

当事者　甲

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

当事者　乙

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

（注１）　当事者（　　）欄について、甲には保有者、運転者、乙には親権者、代理人等、捺印者の立場をご記入ください。

（注２）　自賠責保険に加害者請求をされる場合は、加害者の方が賠償金などを支払っていることを証明するものとして**領収証**が必要となります。（4枚目に領収証を添付しておりますのでご利用下さい。）

社内使用欄

400266

示　談　書

事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分 頃				
事故発生場所	都道府県				
当事者甲	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
当事者乙	住　所				
	氏　名		自動車登録番号		
事故原因･状況					
示談内容					

上記のとおり示談が成立しましたので、今後本件に関しては双方とも裁判上または裁判外において一切異議、請求の申立てをしないことを誓約いたします。

年　月　日

当事者　甲

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

当事者　乙

住 所

（　　）氏 名　　㊞

住 所

（　　）氏 名　　㊞

（注１）　当事者（　　）欄について、甲には保有者、運転者、乙には親権者、代理人等、捺印者の立場をご記入ください。

（注２）　自賠責保険に加害者請求をされる場合は、加害者の方が賠償金などを支払っていることを証明するものとして**領収証**が必要となります。（4枚目に領収証を添付しておりますのでご利用下さい。）

社内使用欄

400266

領　収　証

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿

年　　月　　日発生の被害者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿殿の人身事故の賠償金として下記の金額を領収しました。

￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈内　訳〉

治　療　費　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

通院交通費　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

休 業 損 害　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

慰　謝　料　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

付添看護料　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

　　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞（示談書と同一の印を押印下さい。）

被害者との関係

（本人・父・母・代理人・　　）

（おけがされた方が未成年の場合は、親権者の方のご署名、捺印となります）

委　任　状

（受任者）

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は上記の者を代理人と定め次の事項を委任します。

＿＿年＿＿月＿＿日発生した自動車事故の被害者＿＿＿＿＿＿＿＿が受けた損害に関し、

自動車損害賠償保障法に基づく

１．保険金（共済金）または損害賠償額

２．医療費・施術費用のみ（医師・医療機関・柔道整復師・柔道整復施術所を受任者とする場合にのみ選択ができます。）

３．仮渡金

の請求･受領に関する一切の権限（上記１．～３．のいずれか該当するものを○印で囲んでください。）

年　　月　　日

（委任者）

住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　（印鑑登録証明書の印）

（印鑑登録証明書を添付してください。）

（自賠調 016 号様式）

※のり付けを外さず、医療機関へそのままお持ちください。

診断書・診療報酬明細書についてのご注意

●診断書は保険会社指定の書式でお取り付けください。警察提出用の診断書（全治〇〇日などの見込み等が記載されたもの）ではご請求いただくことができません。

●診療報酬明細書は、ご入院用（入院）・ご通院用（入院外）それぞれ 2 種類（点数欄の「*」表記に相違があります）をご用意しております。医療機関によって使用する用紙が異なりますので、2 種類ともお渡しください。同封の診断書・診療報酬明細書と同様の内容が記載されていれば、用紙は医療機関の電子データで作成頂いたものでも結構です。

●診断書・診療報酬明細書は医療機関ごと、診療科ごとに必要となります。
複数の医療機関、科を受診された場合にはそれぞれでお取り付けください。

●診断書・診療報酬明細書代もご請求いただくことができますので、領収書原本をご提出ください。

●社会保険をご利用された場合は診療報酬明細書が発行されない場合がございます。
その際は、点数や費目が明記された領収書・診療明細書の原本をご提出いただき、
医療機関へは診断書のみ作成をご依頼ください。

●柔道整復師（接骨院・整骨院等）による治療を受けられた際は、診断書・診療報酬明細書ではなく、「施術証明書・施術費明細書」をお取り付けください。

●自賠責保険では、病院・接骨院等より診断書・診療報酬明細書・施術証明書のみをお送りいただいても、お支払いすることができませんのでご留意ください。
必ず自賠責保険請求書等の必要書類と併せてご送付ください。

※診断書・診療報酬明細書・施術証明書の用紙が足りない場合は、コピーしてご使用いただいて結構です。

〈裏面もご確認ください〉

自賠責保険会社からのご案内です

自賠責保険は、任意保険（自動車保険）と異なり一括払や示談代行サービス等がございませんので、医療機関等（薬局を含みます）への連絡は行っておりません。
医療機関より『保険会社から連絡が欲しい』とご依頼があった場合は、この用紙をご提示ください。

～自賠責保険への治療費の請求方法は以下のいずれかになります～

① 原則、加害者または被害者から医療機関へお支払い後に、支払った方から自賠責保険へ請求します。

② 交通事故でも社会保険（健康保険・労災保険等）を使用することができます。
本人負担分をお支払い後に自賠責保険会社へ請求いただきますが、社会保険を利用すればお支払い頂く金額を軽減することができます。
社会保険のご利用にあたっては、健康保険組合等へ「第三者行為による傷病届」の提出が必要となりますので、ご加入の社会保険窓口へご相談ください。
（業務中または通勤途中の交通事故の場合は、労災保険が適用されます。）

③ 被害者請求の場合は、予め医療機関等の了承が得られれば、未払の治療費・文書料等を直接、医療機関へお支払いすることができます。
ただし、審査終了後のお支払いとなりますので手続きまでに時間を要します。
※支払請求書兼支払指示書の支払指図（お支払い先）欄に医療機関の口座をご記入ください。

（保険会社使用欄）

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　治ゆ　治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日　治ゆ　治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日　治ゆ　治ゆ見込
	年　月　日	年　月　日　治ゆ　治ゆ見込

症状の経過・治療の内容および今後の見通し　（受傷日　年　月　日）
（手術のある場合は実施日をご記入下さい）

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）（　）
後遺障害の有無について	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　治ゆ　継続　転医　中止　死亡
通院治療	日間（内実日数　日）　自　年　月　日・至　年　月　日	
ギプス固定期間	固定　除去　固定具の種類　自　年　月　日・至　年　月　日（　）	
付添看護を要した期間	日間　自　年　月　日・至　年　月　日	理由

上記の通り診断致します

（作成日）　年　月　日

所在地
名　称
医師氏名　　TEL.　（　）　㊞

（注1）既に治ゆした傷病については治ゆ日を、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○で囲んで下さい。

（注2）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（　）内に記載して下さい。また既存障害がある場合も記載して下さい。

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済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。

J9A1　　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）**

氏名		※ 年生 男・女 才	受傷日	年 月 日	診療実日数 日
			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 技術	点数 薬剤等
10 診察	11初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	******点
	13医学管理			******
	10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		******
	20小計			******
			******	
30 注射		回		******
	薬剤等		******	
40 処置		回		******
	薬剤等		******	
50 手術麻酔		回		******
	薬剤等		******	
60 検査		回		******
	薬剤等		******	
70 画像診断		回		******
	フィルム・薬剤等		******	
80 その他	リハビリテーション等			******
	薬剤等		******	
90 入院	入院年月日	年 月 日		******
	病診衣 入院基本料・加算	× 日間		******
		× 日間		******
		× 日間		******
		× 日間		******
		× 日間		******
		× 日間		******
	特その入の・他			******
				******
				******
				******
	90小計			******
10 ～ 90 点数計			㋑ 点	㋺ 点

診療内容		金額	摘要
10 診察	11初診	円	
	救急医療管理加算	円	
	10小計	㋩ 円	
80 その他	入院室料加算	円	
	人部屋× 日間		
		円	
		円	
	80小計	㋥ 円	
97 食事	基準	円× 回	備考
		円× 回	
		円× 日	
	97小計	㋦ 円	
診断書料		通 ㋭	円
明細書料		通 ㋬	円

摘要

請求額の計算	A（㋑×単価×1．　）円	B（㋺×単価）円	C（㋩×1．　）円	D（㋥+㋦+㋭+㋬）円	合計（A+B+C+D）円

上記金額¥　　を　　殿
（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
名称　　（　床）
医師名　　印
電話

受付印	受付印

※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

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済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。

J9A2　　年　　月分　**自動車損害賠償責任保険・共済　診療報酬明細書　（入院外）**

氏名		※ 年生 男・女 才	受傷日	年 月 日	診療実日数 日
			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 技術	点数 薬剤等
10診察	11初診	時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	＊＊＊＊＊＊点
	12再診		回	＊＊＊＊＊＊
		外来管理加算	回	＊＊＊＊＊＊
		時間外	回	＊＊＊＊＊＊
		休日	回	＊＊＊＊＊＊
		深夜	回	＊＊＊＊＊＊
	13医学管理			＊＊＊＊＊＊
	その他			＊＊＊＊＊＊
	10小計			＊＊＊＊＊＊
20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	＊＊＊＊＊＊
	20小計		＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
30注射	31皮下筋肉内		回	＊＊＊＊＊＊
	32静脈内		回	＊＊＊＊＊＊
	33その他		回	＊＊＊＊＊＊
	薬剤等		＊＊＊＊＊＊	
	30小計		＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
40処置	薬剤等		回 ＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
50手術麻酔	薬剤等		回 ＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
60検査	薬剤等		回 ＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
70画像診断	フイルム・薬剤等		回 ＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
80その他	処方せん		回	＊＊＊＊＊＊
	リハビリテーション等			＊＊＊＊＊＊
	薬剤等		＊＊＊＊＊＊	
10～80点数計			㋑ 点	㋺ 点

診療内容		金額	摘要
10診察	11初診	円	
	12再診 回	円	
	指導管理 回	円	
	救急医療管理加算	円	
	10小計	㋩ 円	
80その他		㋥ 円	
診断書料	通	㋭ 円	
明細書料	通	㋬ 円	

摘要

請求額の計算	A（㋑×単価×1.　） 円	B（㋺×単価） 円	C（㋩×1.　） 円	D（㋥+㋭+㋬） 円	合計（A+B+C+D） 円

通院日に○印をつけてください。	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
（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
名　称　　（　床）
医師名　　印
電　話

受付印	受付印

※欄は該当する事項を○で囲んでください。

365080 - 0200

診　療　内　容　内　訳　書

氏名	

摘要	摘要

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済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。

Ｊ９０１　　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）**

氏名		※　年生　男・女　才	※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
傷病名		受傷日	年　月　日	診療実日数　日							
		初診日	年　月　日								
		診療期間	自　年　月　日	※転帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡		
			至　年　月　日								

	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	フイルム・薬剤等	回			
		小計			
８０その他	リハビリテーション等				
	薬剤等				
		小計			

９０入院	入院年月日	年　月　日	
病診	入院基本料・加算	×	日間
		×	日間
		×	日間
		×	日間
		×	日間
	特入・その他		
		小計	
合計（１点単価　円）			

９７食事・生活	基準	円×　回	備考
		円×　回	基準（生）　円×　回
		円×　日	円×　回
		円×　日	
	小計	回	円
社会保険への請求額			円
患者負担	負担割合（　％）		円
	食事・生活療養標準負担額	回	円
	小計		円
診断書料		通	円
明細書料		通	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　　殿
（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
名称　　（　床）
医師名　　印
電話

受付印	受付印

※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	

（自賠調９号様式）H19. 4

この診療報酬明細書は自動車損害賠償責任保険・共済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。

J902　　年　　月分　**自動車損害賠償責任保険・共済　診療報酬明細書　（入院外）**

氏名		※　年生　男・女　才	※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
傷病名			受傷日	年　月　日				診療実日数　日			
			初診日	年　月　日				※転帰			
			診療期間	自　年　月　日				治ゆ	継続	転医	中止	死亡
				至　年　月　日								

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	
	12再診　× 回			
	外来管理加算　× 回			
	時間外　× 回			
	休日　× 回			
	深夜　× 回			
	13医学管理			
	その他			
	小計			
20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	フイルム・薬剤等　回			
	小計			
80その他	処方せん　回			
	リハビリテーション等			
	薬剤等			
	小計			
合計（1点単価　円）				

社会保険への請求額		円
患者負担	負担割合（　%）	円
	小計	円
診断書料	通	円
明細書料	通	円
その他		円
小計		円
総請求額		円

通院日に○をつけてください。																																	
	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
（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
名　称　　（　床）
医師名　　印
電　話

受付印	受付印

※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	

（自賠調９号様式）H19. 4

（保険会社使用欄）

自動車損害賠償責任保険

柔道整復師用

施術証明書・施術費明細書

施術の種類	健保･国保１	労災２	自由３	その他４	**負傷起因**	業務上	業務外

患者氏名

住　所

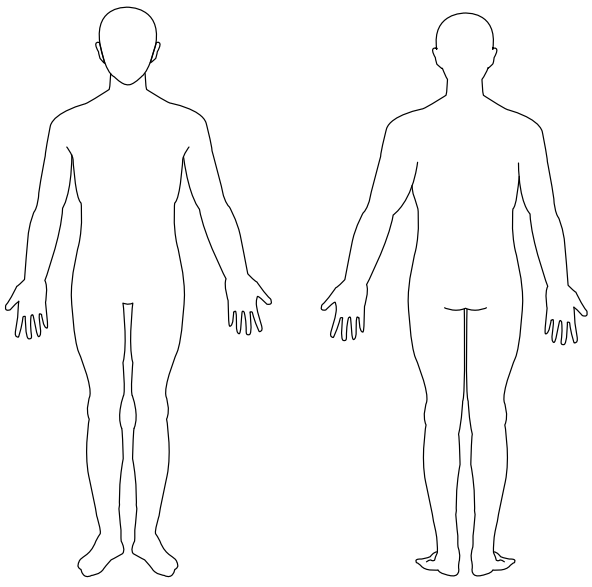
氏　名　　男･女　　年　月　日生（　才）

初検年月日	年　月　日　時頃	**負傷年月日**	年　月　日

施術期間	**施術実日数**	**通院実日数**	**転帰**			
自　年　月　日 至　年　月　日　日間	日	日	治癒	継続	転医	中止

負傷名及び部位	**施術開始日**	**施術終了日**	**転帰**
①	年　月　日	年　月　日	治癒 ・ 継続 ・ 中止
②	年　月　日	年　月　日	治癒 ・ 継続 ・ 中止
③	年　月　日	年　月　日	治癒 ・ 継続 ・ 中止
④	年　月　日	年　月　日	治癒 ・ 継続 ・ 中止

負傷の経過（指導管理料を請求する場合には指導内容も略記して下さい。）



（負傷部位を図示して下さい。）

初検時・既往症、既存障害　なし・あり　（　）

固定期間	（固定）自　年　月　日　固定具の種類
	（除去）至　年　月　日　日間　（　）

施術内容		金額	施術内容		金額
初検料	(時間外・深夜・休日　円)		電療料	単価×回数 ①	
再検料	円×　回			②	
指導管理料	円×　回			③	
往療料	距離(片道)　km			④	
	円×　回			小計	
			あん法料	単価×回数 ①	
小計				②	
整復固定 初回処置	①			③	
	②			④	
	③			小計	
	④		その他		
特別材料料	円×　部位				
	円×　部位				
小計			施術証明書・施術費明細書料		
後療料	単価×回数 ①		合計		
	②		社会保険への請求額		
	③		患者負担	患者負担　%	
	④			一部負担金	
包帯交換料	単価　円 回数　①　②　③　④			給付対象外	
小計			計		

請求別	施術料¥　を　殿	に請求中 から受領済	請求または受領済の何れかを抹消し、消印をして下さい。

通院日　通院の場合は必ず通院日に○印をつけて下さい。(往療は△印を)																															合計
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	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	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	日

上記のとおり証明いたします。　　年　月　日

所在地

電話番号

名称

柔道整復師氏名　　印