自動車損害賠償責任保険

保険金請求手続のご案内

平素より格別のお引立てを賜わり、誠にありがとうございます。
このたびの事故につきまして心からお見舞い申し上げます。
保険金をできるだけ早くお支払いいたしたいと存じますので、必要書類をお取りそろえのうえ、お早目にご請求の手続きをお取りくださいますようお願い申し上げます。

（ご連絡先）

日新火災海上保険株式会社

〔担当者：　　〕

ご連絡・ご相談はご遠慮なく弊社までお問い合わせください。

弊社の連絡先はこちらから▶

日新火災ホームページ　https://www.nisshinfire.co.jp/

はじめに

このたびの自動車事故につきまして、心からお見舞い申し上げます。
この「自動車損害賠償責任保険保険金請求手続のご案内」は、自賠責保険金のご請求からお支払いまでの流れをまとめたものです。
本パンフレットをご確認いただき、必要書類をお取りそろえのうえご請求くださいますようお願いいたします。
なお、ご不明な点がございましたら、ご遠慮なく弊社窓口にご相談ください。

目次

1 自賠責保険とは …… P01
2 本パンフレットのご利用にあたって …… P02
3 ご請求方法 …… P04
4 ご請求からお支払いまで …… P06
5 ご請求にあたってのご注意 …… P09
6 お支払いできる損害と必要書類 …… P12
7 ご提出書類一覧表 …… P14
8 書類の記入例 …… P15
9 個人情報の取り扱いについて …… P20
相談機関等一覧 …… P23

1 自賠責保険とは

自賠責保険（自動車賠償責任保険）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、原則として原付（原動機付自転車）を含むすべての自動車に付保することが自動車損害賠償保障法という法律により義務づけられている保険です。

この保険でお支払いできる損害は**人身事故により身体に被った損害に限られ、物の損害は対象となりません。**また、多くの請求に対し迅速かつ公平に手続きを行う必要があるため、定型・定額化された支払基準が定められており、お支払いできる保険金にも限度額があります。

なお、自賠責保険では、**保険会社による示談・折衝の代行など、事故の解決や医療機関との直接の交渉などの援助を行うことができません。**

自賠責保険でお支払いできる場合とできない場合

(1) お支払いできる場合

自賠責保険は、
①自動車の「運行」によって「他人」を死傷させ、
②加害者が法律上の賠償責任を負った場合の損害についてお支払いする保険です。

※「運行」・・・自動車の走行中だけではなく、ドアの開閉やクレーン車のクレーン作業なども含むとされています。

※「他人」・・・所有者や借受人など事故が起きた自動車を自分の思い通りに使うことができる人以外の方をいいます。

(2) お支払いできない場合

①加害者の方に損害賠償の責任が発生しない場合
加害者が次のaからcの3つの条件をすべて立証できる場合は、加害者に賠償責任が発生しないため、自賠責保険はお支払いできません。

a.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
b.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
c.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

②電柱に自ら衝突したような、いわゆる自損事故で死傷した場合
③自動車の「運行」によって死傷したものではない場合
④被害者が「他人」でない場合

※自賠責保険は人身事故だけを対象としていますので、物の損害の事故（物損事故）には適用されません。

2 本パンフレットのご利用にあたって

**請求するのは
どなたですか?**

a.加害者
※被害者へ賠償金をお支払いされる方

→ **加害者請求** になります。 P4・6

加害者の方は、被害者や病院などに支払った賠償金や治療費などを実際に支払った範囲内で請求ができます。

- 被害者への賠償が途中だが立替費用を請求したい。
- 被害者への賠償が完了したので請求したい。

→ **本請求** P4

b.被害者
※加害者の自賠責保険へ請求される方

→ **被害者請求** になります。 P4・7

被害者の方は、加害者の加入している自賠責の保険会社に直接、損害賠償金を請求できます。

- 立替費用を途中で請求したい。
- 治療が終了したので請求したい。
- 当座の費用を請求したい。 → **仮渡金請求** P4・5

おケガの内容に応じ仮渡金の請求ができます。

→ **本請求** P4

3 ご請求方法

自賠責保険へのご請求は、次の2とおりがあります。

加害者の方がご請求される場合（加害者請求）

加害者の方は、被害者の方に支払った賠償金の範囲内で保険金の請求ができます。

本　請　求	加害者の方が立替した場合や、被害者の方に賠償金を支払った場合に請求できます。必ずしも示談が成立している必要はありません。
仮渡金請求	加害者の方は請求できません（被害者の方のみ請求することができます）。

※必要書類はP14を参照下さい。

被害者の方がご請求される場合（被害者請求）

被害者の方は、加害自動車に付保している自賠責保険の保険会社に対し、直接請求することができます。

※病院に対し治療費のみの請求権を委任することもできます。

本　請　求	被害者の方が立替した費用等について、治療中もしくは治療終了にかかわらず自賠責保険会社に直接請求できます。
仮渡金請求	被害者の方のみ請求することができます。加害者側から支払いを受けていない場合は、治療費などの当座の費用として、傷害の態様に応じた仮渡金の請求ができます。

※必要書類はP14を参照下さい。

◎お支払い限度額

自賠責保険には、次のように対象となる一契約につきお支払いの限度額が定められています。
（仮渡金は別に定められています。）

事　故 発生日	傷害を受けた方 1名につき		死亡した方 1名につき	
	傷害による損害	後遺障害による 損害	死亡に至るまでの 傷害による損害	死亡による損害
平成14年 4月1日以降	120万円	等級に応じ 75万円（第14級）～ 4,000万円（第1級）	120万円	3,000万円

◎仮渡金のお支払い方法

被害者請求のうち、仮渡金のお支払いについては次のように定められています。

平成3年4月1日以降の事故

死亡事故		290万円
傷害事故	①次の傷害のいずれか ・脊柱の骨折で脊髄の損傷が認められる。 ・上腕または前腕の骨折で合併症を有する。 ・大腿または下腿の骨折 ・14日以上の入院を要し、かつ30日以上の期間を医師の治療を要する。	40万円
	②次の傷害のいずれか（①を除く） ・脊柱の骨折 ・上腕または前腕の骨折 ・入院を要し、かつ30日以上の期間を医師の治療を要する。 ・14日以上の入院を要する。	20万円
	・治療日数11日以上を必要とする場合	5万円

※お支払い済みの仮渡金は、後日、本請求が行われたときに差し引かれます。
※最終的な損害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。

◎政府の保障事業制度

ひき逃げされたり、保険が付いていない自動車（無保険車）や盗難車などによる人身事故で、加害者から何も支払いを受けられない被害者の方に対しては、法律により政府からの補償が受けられることになっています。

ご請求は保険会社にて受付けております。詳しくは、弊社窓口にお尋ねください。

4 ご請求からお支払いまで

平成22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ついては、お支払いに必要な書類すべてをご提出いただいたときから自動車損害賠償保険普通保険約款に定める期日までに必要な調査を終え、保険金をお支払いします。(※)

※例：医療機関、検査機関その他の専門機関による診断、鑑定などの結果の照会をした場合は、期日を90日とします。

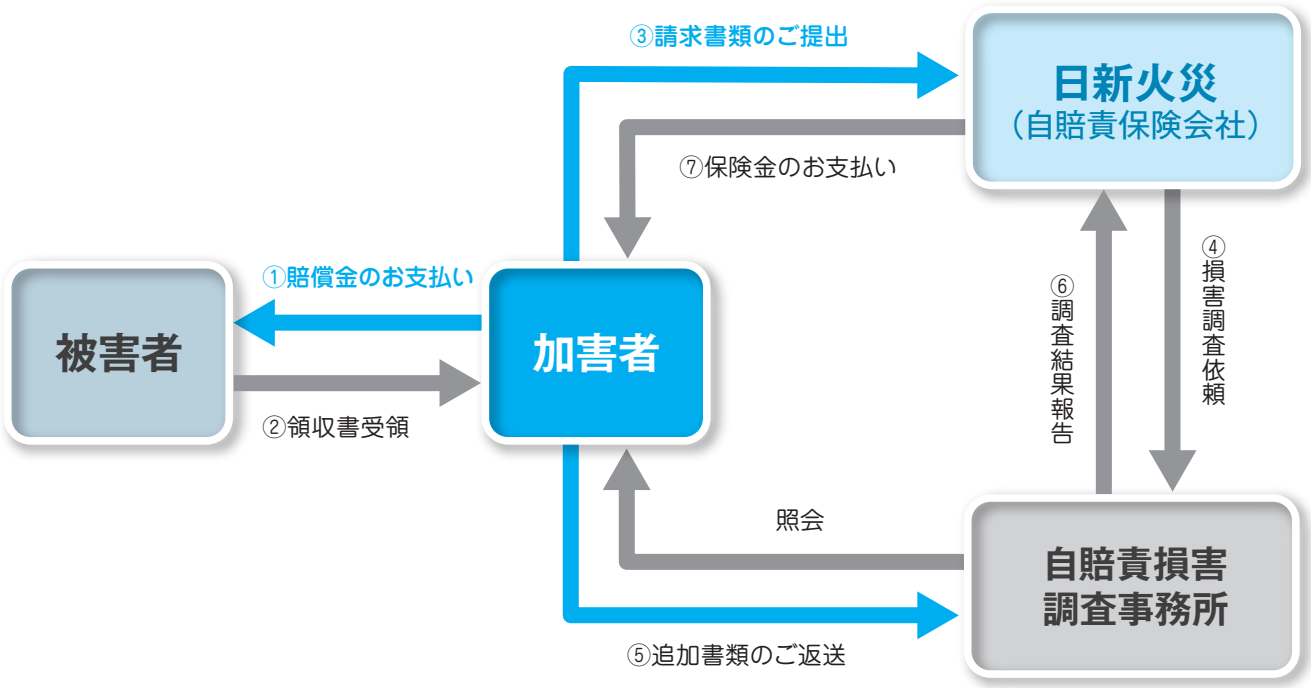
また、被害者請求については、自動車損害賠償保障法（以下、自賠法）に基づき必要な調査を終えた後、速やかに損害賠償額をお支払いします。

自賠責保険では、調査の公平を図るため、損害保険料率算出機構の自賠責損害調査事務所が自賠責保険会社に提出された書類について実際の損害調査を行っています。

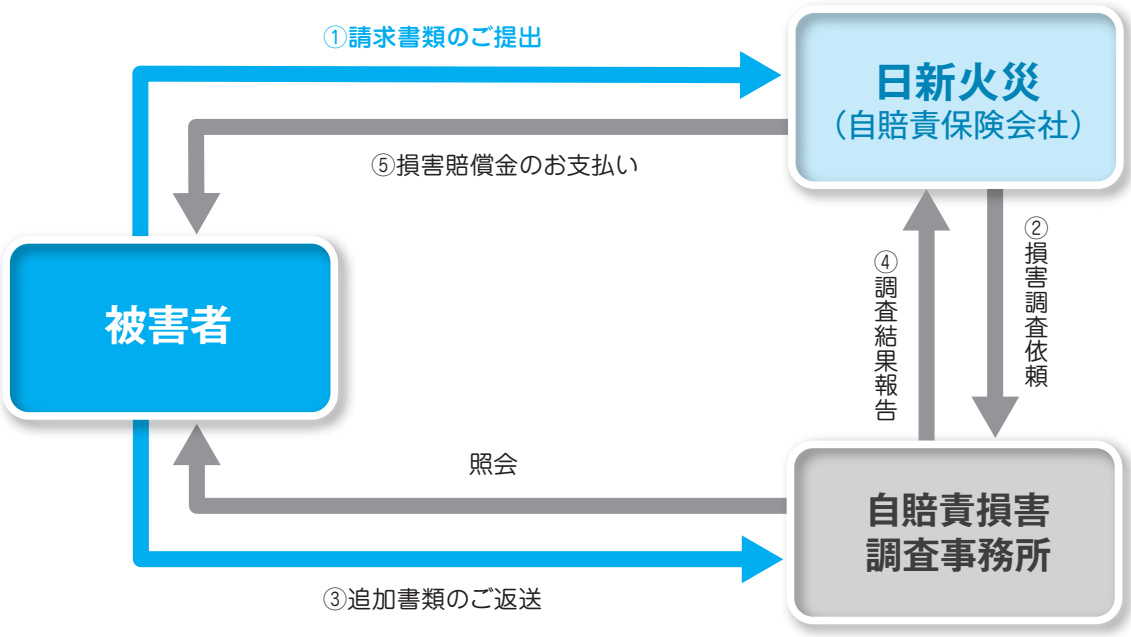
損害の内容などについて、自賠責損害調査事務所から請求者に対して照会が行われる場合がありますので、その場合にはお手数ですがご協力をお願いいたします。

ご請求からお支払いまでの書類等の流れは、下記のとおりです。

加害者請求の場合



被害者請求の場合



保険金（損害賠償金）のお支払いについては、損害の調査が終了次第、ご案内いたします。

お支払い額の決定

保険金（損害賠償金）のお支払いに関する最終決定は、自賠責損害調査事務所による調査結果に基づき、弊社が行います。

異議申立制度

弊社の最終決定にご納得いただけない場合は、異議申立てを行うことができます。異議申立てを行う場合は、書面にて「異議申立ての主旨」などをご記入のうえ、申立て内容を裏付ける新たな資料がある場合には、その資料を添付してご提出ください。

なお、自賠責保険においては、上記異議申立制度とは別に、傷害、後遺障害、死亡のそれぞれの損害額ごとに国土交通大臣及び内閣総理大臣が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、自賠責保険（共済）ポータルサイト（URL:https://www.mlit.go.jp/jidosha/jibaiseki/index.html）の「支払に疑問、不服がある場合には」をご覧ください。

4 ご請求からお支払いまで

自賠責保険審査会

特に慎重かつ客観的な判断を必要とする次の事案は「特定事案」として、機構内に設置された自賠責保険審査会の2つの専門部会で審査が行われます。

(1) 有無責等の専門部会で審査される事案

①死亡事故で、自賠責保険が支払われないまたは減額される可能性のあるケース
②傷害事故で、自賠責保険が支払われないまたは減額される可能性があるが、被害者から傷害の程度などにより事故状況についての説明を受けることができないケース

(2) 後遺障害の専門部会で審査される事案

①後遺障害の等級認定に対して異議申立てがあったケース
②脳外傷による高次脳機能障害に該当する可能性のあるケース

なお、審査会の結論に対してご納得いただけない場合には、第三者機関である**一般財団法人自賠責保険・共済紛争処理機構**に申請を行うことができます。

◎一般財団法人自賠責保険･共済紛争処理機構

自賠責保険のお支払いについてご納得いただけなかった場合の、公正中立な裁判外の紛争処理機関として設置されています。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、自賠責保険のお支払いについて所要の調査を行い、紛争の当事者に対して調停を行います。

令和7年4月現在

所在地・電話番号			
東京	〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台3-4 龍名館本店ビル11階 TEL　03-5296-5033	大阪	〒541-0051 大阪府大阪市中央区備後町3-2-15 モレスコ本町ビル2階 TEL　06-6265-5295

受付時間：平日午前９時～12時、午後１時～５時
土日祝日および、年末年始（12月28日～1月4日）は休業

5 ご請求にあたってのご注意

ご請求できる期間 ～時効～

下記のとおり加害者請求と被害者請求では、ご請求できる期間が異なります。ご請求できる期間を過ぎますと、時効となり自賠責保険からのお支払いを受けられなくなりますのでご注意ください。

※時効とは、一定の期間が過ぎたために、ご請求できる権利がなくなることです。

(1) 加害者請求の場合

被害者・病院などに損害賠償金をお支払いされた日の翌日から3年以内です。損害賠償金を分割してお支払いされた場合は、それぞれのお支払い日の翌日から3年以内です。

(2) 被害者請求の場合

①傷害による損害

事故発生日の翌日から3年以内です。

②後遺障害による損害

後遺障害診断書記載の症状固定日の翌日から3年以内です。

③死亡による損害

死亡日の翌日から3年以内です。

※3年以内にご請求いただけない場合は、3年を経過する前に、時効の中断手続きをとる必要がありますので、事前に弊社窓口にご相談ください。

※平成22年3月31日以前に発生した事故については、時効はそれぞれ2年間となります。

未成年者の保険金のご請求について

未成年者（18歳未満）は、単独で保険金の請求や示談をすることができません。親権者（親権を行う者）または後見人（家庭裁判所が定めます）からご請求をいただくことになります。

なお、この場合は、その未成年者の住民票（親権者の確認ができるもの）または戸籍抄本をご提出ください（死亡事故の場合は、戸籍謄本にて確認しますので、戸籍抄本のご提出は不要です）。

5 ご請求にあたってのご注意

加害自動車が2台以上あるときは

被害者の方（加害自動車に同乗の場合を含みます）からみて、加害自動車が2台以上で、それぞれの自動車に過失がある場合の事故で生じた損害については、それぞれの自動車の自賠責保険にご請求できます。（先にご請求される自賠責保険は選択することができます）

この場合のお支払い額の上限は、

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の保険金を重複してお受け取りいただくことはできません。

保険金が減額されるときは

(1) 被害者の方に重大な過失があった場合

被害者の方の過失割合に応じて、一定割合（20%、30%、50%）が損害額から減額されます。

被害者の過失割合	減額割合	
	死亡事故 後遺障害を残した事故	傷害事故
7割未満	減額なし	減額なし
7割以上8割未満	20%減額	20%減額
8割以上9割未満	30%減額	
9割以上10割未満	50%減額	

なお、損害額が保険金のお支払い限度額を超える場合は、お支払い限度額から上記割合が減額されます。

(2) 因果関係の認定が困難な場合

事故による受傷と、死亡および後遺障害との間の因果関係の有無について判断が困難な場合は、損害額から50%減額されます。

なお、損害額が保険金の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。

死亡事故の場合の被害者請求について

被害者の方が死亡されたときは、相続人の方および遺族慰謝料の請求権を有する方からご請求をいただくことになります。

(1) 相続人

①配偶者と子（子がすでに死亡している場合には孫）
②子（孫）がいないときは、配偶者と父母（父母が死亡している場合には祖父母）
③子（孫）・父母（祖父母）が全ていないときは、配偶者と兄弟姉妹

(2) 遺族慰謝料請求権者

被害者の父母・配偶者・子

請求権者が2名以上いる場合には、そのうちのどなたか1名の方が代表請求者となってご請求ください。この場合、代表の方以外の他の請求権者は、代表請求者に対する委任状および印鑑証明書をご提出ください。

なお、請求権者が未成年（18歳未満）の場合は、親権者または後見人が代理で請求することになりますので、念書をご提出ください。

◎領収書は大切に保管してください

加害者請求のご請求の際には、賠償金や治療費などを支払っていることを証明する領収書をご提出ください。領収書には、支払者名・金額・名目・年月日が明示されていることが必要です。また、領収書を受け取る際は、必ず領収書発行者の署名・捺印をもらってください。

6 お支払いできる損害と必要書類

傷害による損害

お支払い限度額：被害者1名につき　120万円

令和2年4月1日以降の事故

損害項目		内容	保険金のお支払い基準	必要書類
実際に要した費用	治療費	診察料・入院料・手術料・処置料・投薬料・柔道整復（整骨院・接骨院）などの費用	必要かつ妥当な費用	診断書 診療報酬明細書 施術証明書
	看護料	近親者の付添い看護料（医師が看護の必要性を認めた場合または12歳以下の子供に付添った場合）	原則として 入院1日につき **4,200円** 自宅看護または通院1日につき **2,100円**	付添看護自認書
	通院交通費	通院に要した交通費	必要かつ妥当な費用	通院交通費明細書
	入院諸雑費	入院中の諸雑費	原則として 入院1日につき **1,100円**	
	義肢等の費用	義肢・歯科補てつ、義眼、眼鏡、補聴器、松葉杖などの費用	必要かつ妥当な実費 眼鏡の費用は**50,000円**が限度	領収書
	診断書等の費用	診断書、明細書などの発行手数料	必要かつ妥当な費用	領収書
	文書料	交通事故証明書・印鑑証明書・住民票などの発行手数料	必要かつ妥当な費用	領収書
休業損害		事故による傷害のために発生した収入の減少	原則として1日につき **6,100円**	休業損害証明書（事故前年度の源泉徴収票） 確定申告書（控）※
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**	診断書 診療報酬明細書

※原則として、税務署への提出事実・提出年月日が確認できるもの

後遺障害による損害

お支払い限度額:被害者1名につき　第1級(4,000万円)～第14級(75万円)

令和2年4月1日以降の事故

損害項目	内容	保険金のお支払基準	必要書類
逸失利益	労働能力が減少したために将来にわたって失われるであろう収入	収入および、各等級(第1級～第14級)に応じた労働能力喪失率、喪失期間等により算出します。	後遺障害診断書
慰謝料	精神的・肉体的な苦痛に対する補償	各等級に応じ、32万円(第14級)～1,650万円(第1級)	

死亡による損害

お支払い限度額:被害者1名につき　3,000万円

令和2年4月1日以降の事故

損害項目	内容	保険金のお支払基準	必要書類
葬儀費	葬儀に要した費用	100万円	領収書
逸失利益	被害者の将来得ることができたであろう収入額から将来かかったであろう生活費を控除したもの	収入および就労可能期間、扶養の有無などを考慮のうえ、算出します。	戸籍謄本 確定申告書(控) ※原則として、税務署への提出事実・提出年月日が確認できるもの
慰謝料	本人の慰謝料	400万円	死亡診断書または死体検案書
	遺族慰謝料	請求権者 1名の場合550万円 2名の場合650万円 3名の場合750万円	請求権者全員が記載されている戸籍謄本
	※被害者に被扶養者があるときは、上記遺族慰謝料に200万円が加算されます。		

7 ご提出書類一覧表

※ご提出いただく書類は、下記の◎印（必ず提出）と○印（必要に応じて提出）の書類です。
※下記の書類の他に弊社または自賠責損害調査事務所から提出をお願いすることがあります。
※追加請求の場合は、請求書及び損害額を証明する書類のみご提出ください。
※必要書類は原本をご提出ください。
※本パンフレットには診療報酬明細書が4種類セットされております。医療機関によって使用する用紙が異なりますので、医療機関にご確認のうえお取り付けください。

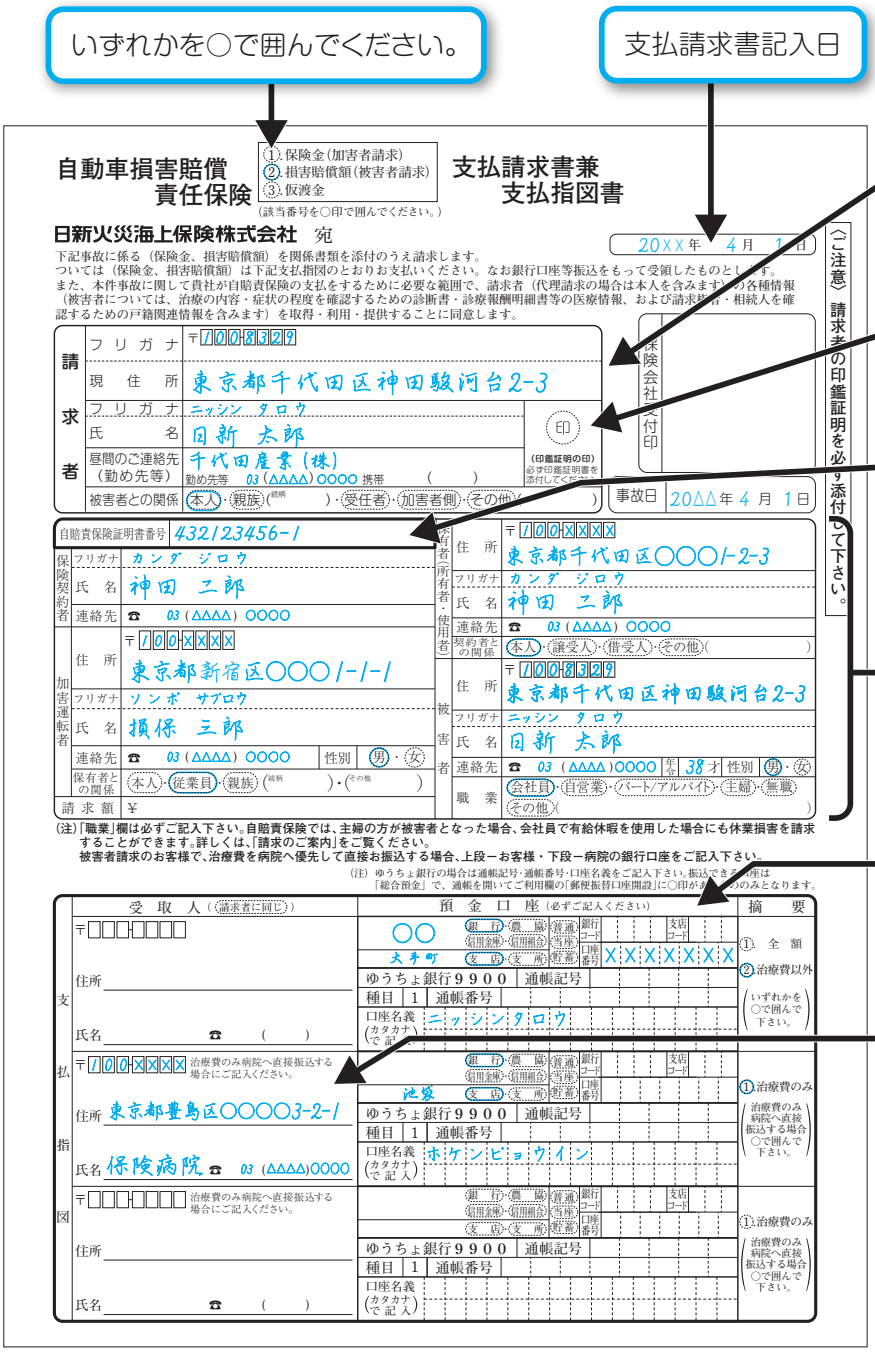
必要書類	発行者 作成者	傷害事故			死亡事故			参照ページ
		加害者請求	被害者請求	仮渡金請求	加害者請求	被害者請求	仮渡金請求	
1 **支払請求書 兼 支払指図書（保険金・損害賠償額・仮渡金）**	請求者	◎	◎	◎	◎	◎	◎	P15
2 請求者の印鑑証明	市区町村役場	◎	◎	◎	◎	◎	◎	
3 交通事故証明書（人身事故）	自動車安全運転センター	◎	◎	◎	◎	◎	◎	P19
4 **事故発生状況報告書**	運転者または被害者	◎	◎	◎	◎	◎	◎	P16
5 **診断書**	医師	◎	◎	◎	○	○	○	
6 **診療報酬明細書**	医師	◎	◎	○	◎	◎		
7 **委託状**および委任者の印鑑証明	委託者	○	○	○	○	○	○	
8 **付添看護自認書**または看護料領収書	付添者	○	○					
9 **通院交通費明細書**	被害者	◎	◎					
10 **休業損害証明書**または確定申告書（控）など	勤務先など	○	○		○	○		P17
11 加害者の支払を証明する領収書（示談金領収書など）	支払先	◎			◎			
12 **示談書**（示談成立の場合のみ）	示談当事者	○			○			P18
13 住民票または戸籍抄本（被害者が未成年〔18歳未満〕の場合）	市区町村役場	○	○	○				
14 死亡診断書または死体検案書	医師				◎	◎	◎	
15 戸籍謄本（除籍謄本）	市区町村役場				◎	◎	◎	
16 後遺障害診断書・レントゲン等画像資料（後遺障害がある場合）	医師	◎	◎					
17 自動車検査証（写）、軽自動車届出済証（写）標識番号交付書（写）		○	○	○	○	○	○	
18 その他損害を立証する書類、領収書など		○	○		○	○		

※太字の用紙は保険会社に備え付けてあります

8 書類の記入例

支払請求書兼支払指図書

◎被害者1名ごとに記入してください。
◎下記記載例にしたがってできるだけ詳しく記入してください。



※保有者とは、自動車の所有者もしくは使用する権利を持っている人をいいます。
　自動車を借りていた場合は、借主が保有者となります。
※被害者請求のときに限り、治療費を直接病院へお支払いすることができます。
　ご希望の場合は、支払指図欄の下段へ病院の支払口座をあわせてご記入ください。

8 書類の記入例

事故発生状況報告書

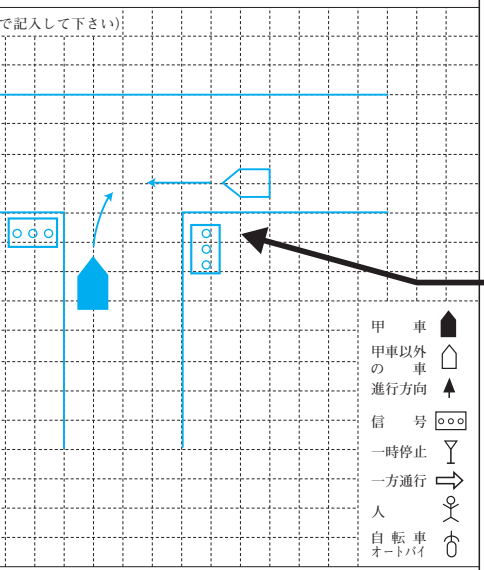
事 故 発 生 状 況 報 告 書

【注】① (　　) の事項は、おおよその数値を記載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 この報告書は、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、事故の相手方に送付することがあります。

甲	氏 名	損保三郎	乙	氏 名	日新太郎	(運転) 同乗 (甲車，甲車以外の車) 歩行・その他 (　　)
速 度	甲車 5 km／h (制限速度 50 km／h)			甲車以外の車 50 km／h (制限速度 50 km／h)		
道路状況	見通し (良い，(悪い))		道路幅	甲車側 (4 m)	甲車以外の車側 (4 m)	
信号または標識	信号 ((有り)，無し)	一時停止標識 (有り，無し)		その他標識 (　　)		

事故発生状況を図示して下さい。

事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)



上記図の説明を書いて下さい。

損保三郎運転の練馬55な5511が赤の点めつ信号を右折したところ、右方より黄色の点めつ信号で直進の日新太郎運転の品川55な5511と出会頭衝突し、日新太郎が負傷した。

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

20XX年 4月 1日

報告者　甲との関係 (　被害者　)
　　乙との関係 (　本　人　)　氏名　日新太郎　(日新)

事故時の被害者の状況について、いずれかに○印をつけてください。なお、同乗者の場合は、「甲車」「甲車以外の車」のいずれかに○印をつけてください。

事故の現場、状況、双方車両の位置、事故が発生するに至った状況、自動車と被害者の関係などを図示し、詳細に説明を加えてください。

報告者は、通常、事故当事者（加害者、被害者）もしくは事故関係者になります。

休業損害の立証資料

(1) 給与所得者の方

休業損害証明書をご提出ください。

※休業損害証明書は勤務先に作成を依頼してください（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）。

※訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、その上に発行担当者の訂正印を押印してください。

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。 ①

※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	営業（主任）	氏名	日新 太郎	採用日	20XX年 4月 1日

1. 上記の者は、自動車事故により、20△△年 4 月 1 日から 20△△年 5 月 31 日 までの期間 ②
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 41 日　年次有給休暇* 日　時間有給休暇・遅刻・早退 回 ③
半日欠勤 日　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。 ④
(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
4 月	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	×	×	◯	×	◯	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	
5 月	×	×	×	◯	◯	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	×	×	◯	◯	◯	◯	◯	×	×	◯
月																															

4. 上記休んだ日（有給休暇を除く）の給与は、 ⑤
(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〉 ⑥

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 ⑦

	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
20△△年 1 月分	20	209,500	24,090	12,255	10,920	210,415
20△△年 2 月分	19	209,500	21,900	12,223	10,726	208,451
20△△年 3 月分	21	209,500	32,850	12,998	11,642	217,710
計	60	628,500	78,840	37,476	33,288	636,576

(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） ⑧
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	20◇◇年 4 月 1 日		
所在地	東京都千代田区×××1-1-1	法人の場合は法人の印鑑	電話 03（△△△△）○○○○
商号または名称	千代田産業株式会社		担当者名 吉田時夫
代表者氏名	取締役社長 千代田三郎		担当者連絡先 03（△△△△）○○○○ ⑨

千代田産業株式会社 取締役之印

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）

(2) 自営業者や自由業者の方

次のいずれかの書類をご提出ください。

①確定申告書（控）の写または所得額の記載されている納税証明書、課税証明書

②職業証明書（確定申告を行っていない方）

所属している組合や協会などに証明してもらいます。

(3) 家事従事者の方

住民票をご提出ください。

※続柄の省略のない所帯全員が記載されている住民票

---

① 生命保険外交員等の自由業者の方は「報酬、契約金および賞金の支払調書」または自動車事故前直近1年間の支払明細書等をご提出ください。「白色申告事業主」または「青色申告事業主」の方は自動車事故の前年の税務署の受付印のある「確定申告書」の控え等、所得を証明する書類をご提出ください。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。

② 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。

③ 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。

④ 使途を限定した休暇とは傷病休暇や忌引休暇のほか、勤務先で使途を定めている休暇を指します。勤務先所定の休日とは、勤務が一斉に休業するような休日や、就労シフトによる公休日、休日出勤時の代休を指します。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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。

⑨ 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。

8 書類の記入例

示談書

示　談　書

事故発生日時	20XX年　4月　1日　午前/午後　8時　30分　頃			
事故発生場所	東京都千代田区大手町ノ丁目交差点			
当事者　甲	住　所	東京都新宿区〇〇〇ノーノーノ		
	氏　名	損保　三郎	登録番号	練馬55な5511
当事者　乙	住　所	東京都千代田区神田駿河台2－3		
	氏　名	日新　太郎	登録番号	品川55な5511
事故原因・状況	上記日時、場所において、甲車が赤点めつ信号を右折したところ、右方より黄色の点めつ信号で直進してきた甲車と出会い頭に衝突したもの。			
示談内容				
一、甲は乙に対し、損害賠償金として500,000円を支払う。 一、本件事故が原因で、将来　乙に後遺障害が発生した場合には、医師の診断に基づき甲乙間で別途協議する。				

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。

20△△年　4月　1日

当事者（　甲　）
住　所　東京都渋谷区△△△ノーノ
氏　名　損保商事株式会社　代表取締役　平成二郎　㊞

（　　）
住　所　東京都新宿区〇〇〇ノーノーノ
氏　名　損保　三郎　㊞

当事者（　乙　）
住　所　東京都千代田区神田駿河台2－3
氏　名　日新　太郎　㊞

（　　）
住　所
氏　名　　㊞

（注）① 自賠責保険で加害者請求を行う場合は、領収証を添付してください。
② 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。

示談ができている場合は「示談書」をご提出ください。

示談書の作成年月日は大変重要ですので、必ずご記入ください。

当事者の欄にはそれぞれ必ず署名・捺印をしてください。
法人の場合は、代表者および運転者（未成年者の場合は、本人および親権者または後見人）の署名・捺印が必要です。

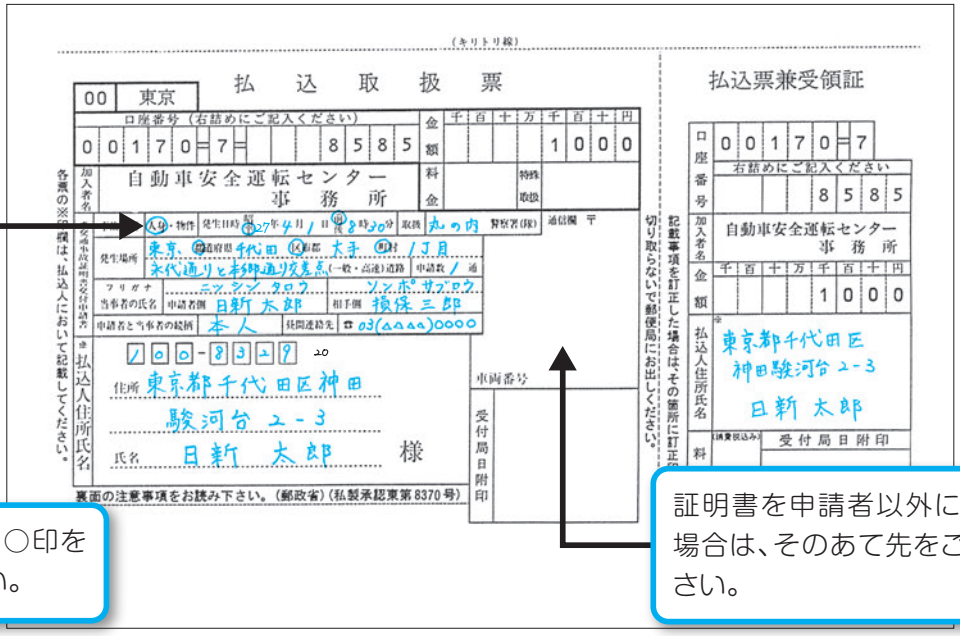
※自賠責保険金は示談書がなくても請求できますが、後々の争いを避けるためにも示談ができた際には必ず示談書を作成するようにしてください。

※自賠責保険金請求時に示談ができている場合には、3枚（保険会社用、甲用、乙用）のうち1枚を弊社にご提出ください。
（加害者請求の場合は、必ず領収書（示談金領収書）を添付してください。）

交通事故証明書の取り付け方法

発行元	**自動車安全運転センター** ・警察へ人身事故として届け出ていない交通事故については、人身事故の証明書の交付は受けられません。 無届の場合は、ただちに警察へ人身事故として届け出てください。
申請用紙	**申請用紙(1)郵便振替申請用紙、または(2)窓口申請用紙** ・自動車安全運転センター、警察署、交番、駐在所に備え付けてあります。
申請方法	**(1)郵便振替による申込** ・郵便振替用紙に必要事項を記入のうえ、最寄りの郵便局(振替窓口)に交付手数料および振込手数料を添えてお申し込みください。交付申請後、証明書は申請者住所または郵送希望宛先へ2週間程度で郵送されます。 **(2)直接窓口での申込** ・最寄りの自動車安全センター窓口へ直接出向き、申請書に必要事項をご記入のうえ、手数料を添えてお申し込みください。事故資料が警察から届いていれば原則即日交付され窓口での受取となります。資料が届いていない場合は、後日郵送となります。(他府県での事故の場合も同じく後日郵送となります) **(3)インターネット申請での申込** ・自動車安全運転センターHP(https://www.jsdc.or.jp/certificate/accident/index.html)から交通事故の当事者ご本人のみ申請でき、交付手数料の入金が確認され次第、書類が郵送されます。 ①インターネット申請は、交通事故発生時に警察へ届け出られたご住所に現在もお住まいの方に限ります。(申請者ご本人確認のため、交通事故証明書に記載の住所以外への郵送はできません。) ②お支払いは、コンビニ・金融機関のペイジー及びネットバンクでできます。但し、振込手数料が別途かかります。 ③交付手数料は、7日以内にお支払いください。7日を過ぎますと自動的にキャンセル扱いとなります。
交付手数料	**1通につき1,000円**

※1通の申請書で、証明書を何通でも申請できます。(各申込方法共通)
※「交通事故証明書」1通の交付手数料1,000円は、自賠責保険へ請求できます。
※人身事故でない場合は、追加の書類が必要となりますので、保険会社へご相談ください。



9 個人情報の取り扱いについて

保険金（損害賠償額）のご請求にあたり、弊社ならびに損害保険料率算出機構にて頂戴した個人情報につきましては、これを適切に取り扱うとともに安全管理に努めております。ご請求される方におかれましては、以下の点につき趣旨をご理解のうえ、あらかじめご了承ください。

個人情報の取得・利用・提供について

弊社ならびに損害調査を依頼した損害保険料率算出機構は、保険金（損害賠償額）のご請求に関して頂戴した個人情報を、下記の目的に利用します。また、お支払いの可否、お支払い額及びお支払い先の決定に必要な範囲において、個人情報を照会先から取得し、または照会先へ提供する場合がありますので、あらかじめご了承ください。

●個人情報を取得・利用・提供する目的

＊保険金（損害賠償額）のご請求に係る事故の発生状況の調査
＊保険金（損害賠償額）のご請求に係るお支払いの的確性の調査
＊保険金（損害調査額）のご請求に係る損害額の調査
＊保険金（損害調査額）の不正請求等の犯罪防止・排除
＊再保険の契約締結・請求　等

※これらの目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うときには、個人情報保護法第16条第3項各号に掲げる場合を除き、ご本人の同意を得るものと致します。

なお、保険金（損害賠償額）のお支払いにあたって必要な情報をご提供いただけない場合は、保険金（損害賠償額）のお支払いができないなどの支障を来たすことがありますので、ご協力をお願いいたします。



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際のお願い

自賠責保険・共済の損害調査業務における個人番号(※)の取扱い方針

◆自賠責保険・共済の損害調査業務では、個人番号を利用（提供、収集、保管）しません。

※個人番号（マイナンバー）とは、国内に住民票を有する全ての方に付番された12桁の番号のことをいいます。

▶「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」第19条などにより、個人番号を利用できる場合が制限されています。自賠責保険・共済の損害調査業務では個人番号の利用が認められていませんので、個人番号が印字されている書類のうち、自賠責保険・共済の損害調査業務で必要とする書類のご提出の際は、以下のご対応をお願いいたします。

ご提出書類へのご依頼内容

個人番号が印字された書類をご提出いただく場合は、以下の例を参考に、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。

○ 適切な例

[redacted]

× 不適切な例

線	~~123456789012~~	短い	123[redacted]
薄い	123456789012	塗り残り	12[redacted]

▶ご提出いただいた書類について、個人番号の黒塗りが不十分な場合には、書類を受け付けた窓口において黒塗りします。

▶ご提出を依頼する書類のうち、個人番号が印字されている可能性のある書類の例は以下のとおりです。なお、以下の書類以外でも、個人番号が印字されている書類をご提出いただく場合は、同様に個人番号の黒塗りをお願いいたします。

- **給与所得の源泉徴収票**
- **確定申告書（控）**
- **報酬、料金、契約金及び賞金の支払調書**
- **保険等代理報酬の支払調書**
- **青色事業専従者給与に関する届出・変更届出書**
- **住民票の写し**

住民票の写しについては、お住まいの市区町村に交付請求する際、個人番号が印字されたものと印字されていないものを選択することが可能です。ご請求にあたっては、個人番号が印字されていないものをご提出ください。

9 個人情報の取り扱いについて

健康保険の保険者番号及び被保険者等記号・番号が記載された書類等をご提出いただく際のお願い

▶「健康保険法」（令和2年10月1日施行）では、厚生労働省令などで定める場合を除き、本人確認を目的とした保険者番号及び被保険者等記号・番号の告知要求制限・利用制限が規定されています。自賠責保険、共済の損害調査業務では保険者番号及び被保険者等記号・番号の利用が認められていませんので、保険者番号及び被保険者等記号・番号が記載されている書類等のうち、自賠責保険、共済の損害調査業務で必要とする書類等のご提出の際は、以下のご対応をお願いします。

ご提出書類へのご依頼内容

保険者番号及び被保険者等記号・番号が印字された書類をご提出いただく場合は、以下の例を参考に、保険者番号及び被保険者等記号・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。

○ 適切な例



× 不適切な例

線	123456789012	短い	123
薄い	123456789012	塗り残り	12

▶ご提出いただいた書類について、保険者番号及び被保険者等記号・番号の黒塗りが不十分な場合には、書類を受け付けた窓口において黒塗りします。

▶ご提出を依頼する書類の内、保険者番号及び被保険者等記号・番号が印字されている可能性のある書類の例は以下の通りです。なお、以下の書類以外でも、保険者番号及び被保険者等記号・番号が印字されている書類をご提出いただく場合は、同様に保険者番号及び被保険者等記号・番号黒塗りをお願いいたします。

- **健康保険等の被保険者証のコピー**
- **診療報酬明細書**

相談機関等一覧

令和7年4月現在

交通事故にあった場合、次のような相談機関などがあり、無料で相談を受付けています。

1. 一般社団法人 日本損害保険協会　そんぽADRセンター（損害保険相談・紛争解決サポートセンター）（https://www.sonpo.or.jp/）（ナビダイヤル（全国共通・通話料有料）0570−022808）

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のご案内など）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、損害保険会社とのトラブルが解決しない場合の苦情の受付や損害保険会社との間の紛争解決のための支援（和解案の提示等）を行っています。

2. 公益財団法人 日弁連交通事故相談センター（https://n-tacc.or.jp/）（相談受付0120-078325）

日本弁護士連合会が設置した財団法人で、全国各地に開設されています。そのうち48ヵ所では和解の斡旋も行っています。

3. 公益財団法人 交通事故紛争処理センター（https://www.jcstad.or.jp/）（本部電話番号03-3346-1756）

学識経験者および弁護士を委員とする中立かつ独立の機関で、和解の斡旋等を行っています。現在11ヵ所に開設されています。

4. 一般財団法人 自賠責保険・共済紛争処理機構（https://www.jibai-adr.or.jp/）（相談受付0120-159-700）

自賠責保険のお支払いについて、万一にもご納得いただけなかったときのために、公正中立で専門的な知見を有する裁判外紛争処理機関として設置されています。

【被害者の方に関する情報】

	名前	住所	電話番号
被害者			
目撃者			
医療機関			
勤務先			
修理先			

【メモ】

年　月　日

自動車損害賠償責任保険

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○印で囲んでください。）

支払請求書兼支払指図書

〈ご注意〉請求者の印鑑証明を必ず添付して下さい。

日新火災海上保険株式会社　宛

年　　月　　日

下記事故に係る（保険金、損害賠償額）を関係書類を添付のうえ請求します。
ついては（保険金、損害賠償額）は下記支払指図のとおりお支払いください。なお銀行口座等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。

請求者	フリガナ	〒□□□-□□□□	
	現住所		
	フリガナ		印（印鑑証明の印）必ず印鑑証明書を添付してください。
	氏名		
	昼間のご連絡先（勤め先等）	勤め先等（　　）　携帯（　　）	
	被害者との関係	本人・親族（続柄　　）・受任者・加害者側・その他（　　）	

保険会社受付印

事故日　　年　　月　　日

自賠責保険証明書番号		
保険契約者	フリガナ	
	氏名	
	連絡先	☎（　　）
加害運転者	住所	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	氏名	
	連絡先	☎（　　）　性別　男・女
	保有者との関係	本人・従業員・親族（続柄　　）・（その他　　）
請求額		¥

保有者（所有者・使用者）	住所	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	氏名	
	連絡先	☎（　　）
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他（　　）
被害者	住所	〒□□□-□□□□
	フリガナ	
	氏名	
	連絡先	☎（　　）　年令　　才　性別　男・女
	職業	会社員・自営業・パート/アルバイト・主婦・無職・その他（　　）

（注）「職業」欄は必ずご記入下さい。自賠責保険では、主婦の方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。
被害者請求のお客様で、治療費を病院へ優先して直接お振込する場合、上段ーお客様・下段ー病院の銀行口座をご記入下さい。

（注）ゆうちょ銀行の場合は通帳記号・通帳番号・口座名義をご記入下さい。振込できる口座は「総合預金」で、通帳を開いてご利用欄の「郵便振替口座開設」に○印があるもののみとなります。

	受取人（請求者に同じ）	預金口座（必ずご記入ください）	摘要
支払指図	〒□□□-□□□□ 住所 氏名　☎（　　）	銀行・農協・信用金庫・信用組合・支店・支所　普通・当座・貯蓄　銀行コード　支店コード　口座番号 ゆうちょ銀行９９００　通帳記号 種目　1　通帳番号 口座名義（カタカナで記入）	①.全額 ②.治療費以外 （いずれかを○で囲んで下さい。）
	〒□□□-□□□□　治療費のみ病院へ直接振込する場合にご記入ください。 住所 氏名　☎（　　）	銀行・農協・信用金庫・信用組合・支店・支所　普通・当座・貯蓄　銀行コード　支店コード　口座番号 ゆうちょ銀行９９００　通帳記号 種目　1　通帳番号 口座名義（カタカナで記入）	①.治療費のみ （治療費のみ病院へ直接振込する場合○で囲んで下さい。）
	〒□□□-□□□□　治療費のみ病院へ直接振込する場合にご記入ください。 住所 氏名　☎（　　）	銀行・農協・信用金庫・信用組合・支店・支所　普通・当座・貯蓄　銀行コード　支店コード　口座番号 ゆうちょ銀行９９００　通帳記号 種目　1　通帳番号 口座名義（カタカナで記入）	①.治療費のみ （治療費のみ病院へ直接振込する場合○で囲んで下さい。）

事故発生状況報告書

【注】① (　　) の事項は、おおよその数値を記載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 この報告書は、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）	
信号または標識	信号　（有り, 無し）	一時停止標識　（有り, 無し）		その他標識（　　）		

事故発生状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい）

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

上記図の説明を書いて下さい。

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（　　）
乙との関係（　　）　氏名　　㊞

（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	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

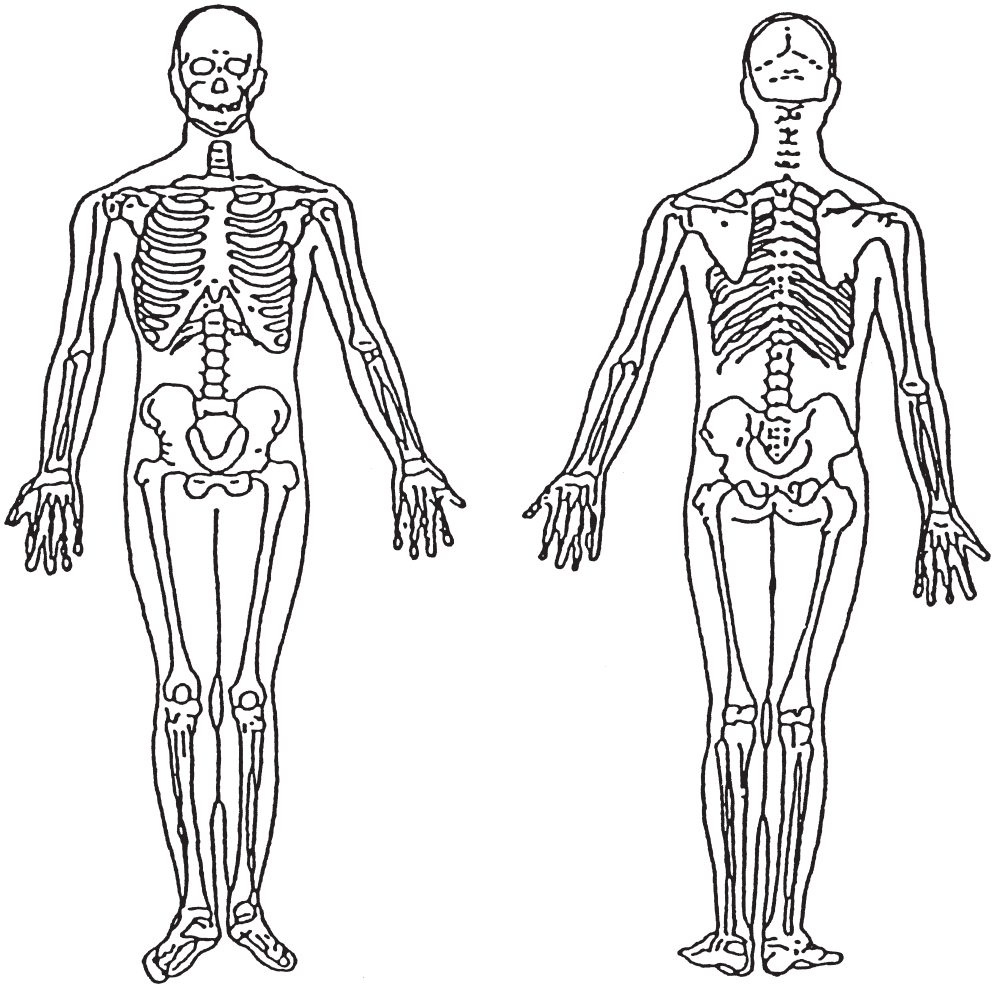
上記の通り診断致します
（作成日）
年　月　日

所在地
名　称　　TEL.　（　）
医師名　　㊞

（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○で囲んでください。

（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）



（受傷部位を図示して下さい）

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（損害保険会社ならびに自賠責損害調査事務所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下さい。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。

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	薬剤等	回	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
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	フィルム・薬剤等	回	＊＊＊＊＊＊	＊＊＊＊＊＊
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		＊＊＊＊＊＊
	特入その他			＊＊＊＊＊＊
				＊＊＊＊＊＊
				＊＊＊＊＊＊
				＊＊＊＊＊＊
	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 人部屋× 日間	円	
		円	
		円	
	80小計	㋥　円	
97食事・生活	基準	円× 回	備考
		円× 回	
		円× 日	
	97小計	㋭　円	
診断書料	通	㋬　円	
明細書料	通	㋠　円	

摘要

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

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	診療内容	金額	摘要
10診察	11初診　時間外・休日・深夜・乳幼児※	点	******点	10診察 11初診	円	
	12再診　外来管理加算　回		******	12再診　回	円	
	時間外　回		******	指導管理　回	円	
	休日　回		******	救急医療管理加算	円	
	深夜　回		******	10小計	㈠　円	
	13医学管理		******	80その他	㈡　円	
	その他		******	診断書料　通	㈢　円	
	10小計		******	明細書料　通	㈣　円	
20投薬	21内服　薬剤　単位	******		摘要		
	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	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		******			
	フイルム・薬剤等	******				
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	㈠　点	㈡　点			

請求額の計算	A（㈠×単位×1.　）円	B（㈡×単価）円	C（㈧×1.　）円	D（㈡+㈢+㈣）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。

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）**

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	※ 男・女　年生　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	※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	リハビリ	回			
	薬剤等				
		小計			
５０手術	麻酔	回			
	薬剤等				
		小計			
６０検査		回			
	薬剤等				
		小計			
７０画像診断		回			
	フィルム・薬剤等				
		小計			
８０その他	リハビリテーション等	回			
	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			
		外泊 × 日間			
	特入・その他	× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
	特定入院料・その他				
		小計			
合計（１点単価　円）					

９７食事・生活	基準	円×　日間	備考
		円×　日間	
		円×　日間	
	小計	日	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　日		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。

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）**

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 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	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		
	再診 時間外	回		
	再診 休日	回		
	再診 深夜	回		
	13指導			
	その他			
	小計			
20 投薬	21内服 薬剤	単位		
	21内服 調剤 ×	回		
	22屯服 薬剤	単位		
	23外用 薬剤	単位		
	23外用 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 リハビリ		回		
	薬剤等			
	小計			
50 手術 麻酔		回		
	薬剤等			
	小計			
60 検査		回		
	薬剤等			
	小計			
70 画像診断		回		
	フィルム・薬剤等			
	小計			
80 その他	処方せん	回		
		回		
	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
	薬剤一部負担金額	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○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

（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

※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）

通 院 交 通 費 明 細 書

この書類は、被害者の方がどのような交通手段で**入退院・通院**されたのか、交通費のご負担があったのかどうかを確認させていただくものです。費用のご負担の有無にかかわらず、必ずご提出いただきますようお願いいたします。

記 載 日　　年　　月　　日
事 故 日　　年　　月　　日

被　害　者

請 求 者 氏 名
（被害者との関係　本人　その他（　　））

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） 自家用車を利用した。（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（燃料費を除く）
11/1	甲病院 ～ 自宅	1 km	（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）・タクシー等を使用した。（注）タクシーの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） 自家用車を利用した。（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（燃料費を除く）
	～	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）・タクシー等を使用した。（注）タクシーの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。

（自賠調14号様式）

(2) 医療機関・施術所名				
(ア.) 自家用車を利用した。 (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（燃料費を除く）
	～	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）・タクシー等を使用した。 (注)タクシーの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.) 自家用車を利用した。 (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（燃料費を除く）
	～	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）・タクシー等を使用した。 (注)タクシーの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　日　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					
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		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
	5月 1日	3時間
	月 日	時間
	月 日	時間
	月 日

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					
当事者　甲	住　所				
	氏　名		登録番号		
当事者　乙	住　所				
	氏　名		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 自賠責保険で加害者請求を行う場合は、領収証を添付してください。
② 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。

領　収　証

様

金

ただし、事故日　　年　　月　　日　被害者　　の

治　療　費　¥.

慰　謝　料　¥.

休業補償費　¥.

通院交通費　¥.

(そ　の　他)

¥.

¥.

¥.

上記金額を領収いたしました。

年　　月　　日

受取人　住　所

氏　名　　印

（注）１．加害者側の方が自動車損害賠償責任保険の保険金請求をする場合にこの領収証を提出してください。
２．示談金をお支払いの際は、明細も記入してください。
３．示談書に捺印したものと同じ印鑑を押捺してください。