

第三者行為災害届 (業務災害・通勤災害)

交通事故証明書(原本一通)を必ず添付して下さい。

(交通事故・交通事故以外)

平成 年 月 日

労働者災害補償保険法施行規則第22条の規定により届けます。



署受付日付

保険給付請求権者

住所

郵便番号 ( - )

フリガナ  
氏名

印

電話 ( - )

労働基準監督署長 殿

1 第一当事者 (被災者)

フリガナ  
氏名 (男・女)

生年月日 年 月 日 ( 歳)

住所

職種

2 第一当事者 (被災者) の所属事業場

労働保険番号

府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号

名称

所在地

郵便番号 - 電話 -

代表者 (役職)

(氏名)

担当者 (所属部課名)

(氏名)

3 災害発生

日時 平成 年 月 日

午前・午後 時 分頃

場所

4 第二当事者 (相手方)

氏名 ( 歳)

住所

郵便番号 - 電話 -

第二当事者 (相手方) が業務中であった場合

所属事業場名称

所在地

郵便番号 - 電話 -

代表者 (役職)

(氏名)

5 災害調査を行った警察署又は派出所の名称

警察署 係 (派出所)

6 災害発生の実事の確認者 (5の災害調査を行った警察署又は派出所がない場合に記入してください)

氏名

住所

郵便番号 - 電話 -

7 あなたの運転していた車両 (あなたが運転者の場合にのみ記入してください)

車種	大・普・特・自二・軽自・原付自		登録番号 (車両番号)	
運転者の免許	有	免許の種類	免許証番号	資格取得
	無			年 月 日
				有効期限
				年 月 日まで
				免許の条件

8 事故現場の状況

天候 晴：曇：小雨：雨：小雪：雪・暴風雨：霧：濃霧

見通し 良い：悪い（障害物 があった。)

道路の状況 (あなた（被災者）が運転者であった場合に記入してください。)

道路の幅 (  m)、舗装：非舗装、坂（上り・下り・緩・急）

でこぼこ：砂利道：道路欠損：工事中：凍結：その他 (  )

(あなた（被災者）が歩行者であった場合に記入してください。)

歩車道の区別が（ある・ない）道路、車の交通頻繁な道路、住宅地・商店街の道路

歩行者用道路（車の通行 許・否）、その他の道路 (  )

標識 速度制限 (  km/h)・追い越し禁止・一方通行・歩行者横断禁止（有・無）

一時停止（有・無）・停止線（有・無）

信号機 無・有 (  色で交差点で入った。)、信号機時間外（黄点滅・赤点滅）

横断歩道上の信号機（有・無）

交通量 多い・少ない・中位

9 事故当時の行為、心身の状況及び車両の状況

心身の状況 正常・いねむり・疲労・わき見・病気 (  )・飲酒

あなたの行為 (あなた（被災者）が運転者であった場合に記入してください。)

直前に警笛を（鳴らした：鳴らさない）、相手を発見したのは (  ) m手前

ブレーキを（かけた(スリップ  m)・かけない)、方向指示灯(だした：ださない)

停止線で一時停止(した・しない)、速度は約 (  ) km/h 相手は約 (  ) km/h

(あなた（被災者）が歩行者であった場合に記入してください。)

横断中の場合 横断場所 (  )、信号機 (  ) 色で横断歩道に入った。

左右の安全確認(した・しない)、車の直前・直後を横断(した・しない)

通行中の場合 通行場所 (歩道・車道・歩車道の区別がない道路)

通行のしかた (車と同方向・対面方向)

10 第二当事者（相手方）の自賠責保険（共済）及び任意の対人賠償保険（共済）に関する事

<p>(1) 自賠責保険（共済）について</p> <p>証明書番号 第 <input type="text"/> 号</p> <p>保険(共済) (氏名) <input type="text"/></p> <p>契約者 (住所) <input type="text"/></p> <p>第二当事者（相手方）と契約者との関係</p> <p>保険会社の管轄店名 <input type="text"/></p> <p>管轄店所在地 <input type="text"/></p> <p>〒 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/></p>	<p>(2) 任意の対人賠償保険（共済）について</p> <p>証券番号 第 <input type="text"/> 号</p> <p>保険(共済) (氏名) <input type="text"/></p> <p>契約者 (住所) <input type="text"/></p> <p>保険金額 対人 <input type="text"/> 万円</p> <p>第二当事者（相手方）と契約者との関係</p> <p>保険会社の管轄店名 <input type="text"/></p> <p>管轄店所在地 <input type="text"/></p> <p>〒 <input type="text"/> 電話 <input type="text"/></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(3) 保険金（損害賠償額）請求の有無 有・無

有の場合の イ 自賠責保険(共済)単独

請求方法 ロ 自賠責保険(共済)と任意の対人賠償保険(共済)との一括

保険金（損害賠償額）の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日

氏名

金額  円

受領年月日 年  月  日

11 運行供用者が第二当事者（相手方）以外の場合の運行供用者

名称(氏名)

所在地(住所)

〒  電話

運行供用者が法人である場合の代表者

氏名

役職

12 あなた（被災者）の人身傷害補償保険に関する事

人身傷害補償保険に (加入している・していない)

証券番号 第  号

保険(共済) (氏名)

契約者 (住所)

保険金額  万円

あなた（被災者）と契約者との関係

必ず記入して下さい

保険会社の管轄店名

管轄店所在地

〒  電話

人身傷害補償保険金の請求の有無  有・無

人身傷害補償保険金の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日

氏名

金額  円

受領年月日 年  月  日

13 災害発生状況

第一当事者（被災者）・第二当事者（相手方）の行動、災害発生原因と状況をわかりやすく記入してください。

どのような目的でどこへ行く時に、どのようなにして事故が発生したか事故に至るまでの経緯、行動などを詳しく記入してください。

14 現場見取図

道路方向の地名（至〇〇方面）、道路幅、信号、横断歩道、区画線、道路標識、接触点等くわしく記入してください。

Grid for site map drawing

表示符号

- 自 車 相手車 進行方向 横断禁止 人 間 自転車 オートバイ 信号 一時停止 横断歩道 接触点

15 過失割合 必ず記入して下さい

私の過失割合は %、相手の過失割合は %だと思ひます。理由

16 示談について 物損は除く

- イ 示談が成立した。(年 月 日)
ロ 交渉中
ハ 示談はしない。
ニ 示談をする予定(年 月 日頃予定)
ホ 裁判の見込み(年 月 日頃提訴予定)

17 身体損傷及び診療機関

Table with 3 columns: 部位・傷病名, 程度, 診療機関名称, 所在地, 私(被災者)側, 相手側

18 損害賠償金の受領

Table with 8 columns: 受領年月日, 支払者, 金額・品目, 名目, 受領年月日, 支払者, 金額・品目, 名目

事業主の証明 section with text for date, business name, and owner name



### 第三者行為災害届を記載するに当たっての注意事項

- 1 災害発生後、すみやかに提出してください。  
なお、不明な事項がある場合には、空欄とし、提出時に申し出てください。
- 2 業務災害・通勤災害及び交通事故・交通事故以外のいずれか該当するものに○をしてください。  
なお、例えば構内における移動式クレーンによる事故のような場合は交通事故に含まれます。
- 3 通勤災害の場合には、事業主の証明は必要ありません。
- 4 第一当事者（被災者）とは、労災保険給付を受ける原因となった業務災害又は通勤災害を被った者をいいます。
- 5 災害発生の場所は、〇〇町〇丁目〇〇番地〇〇ストア前歩道のように具体的に記入してください。
- 6 第二当事者（相手方）が業務中であった場合には、「届その1」の4欄に必ず記入してください。
- 7 第二当事者（相手方）側と示談を行う場合には、あらかじめ所轄労働基準監督署に必ず御相談ください。  
示談の内容によっては、保険給付を受けられない場合があります。
- 8 交通事故以外の災害の場合には「届その2」を提出する必要はありません。
- 9 運行供用者とは、自己のために自動車の運行をさせる者をいいますが、一般的には自動車の所有者及び使用者等がこれに当たります。
- 10 「現場見取図」について、作業場における事故等で欄が不足し書ききれない場合にはこの用紙の下記記載欄を使用し、この「届その4」もあわせて提出してください。  
なお、「届その3」の14欄に記載した場合には「届その4」の提出は不要です。
- 11 損害賠償金を受領した場合には、第二当事者（相手方）又は保険会社等からを問わずすべて記入してください。
- 12 この届用紙に書ききれない場合には、適宜別紙に記載してあわせて提出してください。
- 13 この用紙は感圧紙（2部複写）になっていますので、2部とも提出してください。  
なお、この上でメモ等をしますと下に写りますので注意してください。
- 14 「保険給付請求権者の氏名」の欄及び「事業主の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

### 現場見取図

表示符号	自 車	相 手 車	進行方向	横断禁止	人 間	自 転 車 } オ ー ト バ イ } 〇	信 号 (赤、黄、青の表示)	一時停止	横断歩道	接 触 点
	▲	△	↑	⊘	○	○	⏸	≡	×	

様式第1号

## 念 書 (兼 同 意 書)

災害発生日	平成 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者(被災者)氏名		第二当事者(相手方)氏名	

- 1 上記災害に関して、労災保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
  - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
  - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
  - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に連絡します。
  
- 2 上記災害に関して、私が相手方と行った示談の内容によっては、労災保険給付を受けられない場合があることについては承知しました。
  
- 3 上記災害に関して、私が労災保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、政府が労災保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
  
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
  - (1) 貴職が、私の労災保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
  - (2) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
  - (3) 貴職が、私の労災保険の給付及び上記3の業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
  - (4) この念書（兼同意書）をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
  - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求権者の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

⑨

（※請求権者の氏名は請求権者が自署してください。）

交通事故発生届（「交通事故証明書」が得られない場合）

当事者	① 第一当事者 (被災者)	氏名	( ) 歳					
		住所	TEL ( )					
		車両登録番号	自賠責保険証明書番号					
	② 第二当事者 (相手方)	氏名	( ) 歳					
		住所	TEL ( )					
		車両登録番号	自賠責保険証明書番号					
③ 事故発生日時		平成	年	月	日	午前・午後	時	分
④ 事故発生場所								
⑤ 災害発生状況								
⑥ 「交通事故証明書」 が得られない理由								
⑦ 第一当事者 (被災者)	上記⑥の理由により、「交通事故証明書」は提出できませんが、事故発生的事实は上記①～⑤に記載したとおりです。 平成 年 月 日 氏名 (印) 住所							
⑧ 目撃者	上記①～⑤に記載された事故を目撃したことを証明します。 平成 年 月 日 氏名 (印) TEL ( ) 住所							
⑨ 第二当事者 (相手方)	上記①～⑤に記載された事故により①の者に損害を与えたことを自認します。 平成 年 月 日 氏名 (印) TEL ( ) 住所 事業場の名称 代表者職氏名 (印)							

平成 年 月 日  
労働基準監督署長 殿

届出人 氏名 (印)  
住所

〔注意〕

1. 警察署への届出をしなかった等のために「交通事故証明書」の提出ができない場合に提出して下さい。
2. ①及び②の「車両登録番号」及び「自賠責保険証明書番号」の欄には、交通事故発生時において、被災者又は第三者が乗車していた車両に関する事項を記載して下さい。
3. ⑨の「事業場の名称」及び「代表者職氏名」の欄には、⑨の第三者が業務中であった場合のみ⑨の第三者の代表者の証明を受けて下さい。
4. ⑦、⑧及び⑨の「氏名」の欄、⑨の「代表者職氏名」の欄及び「届出人氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

## 通勤災害に関する事項

① 労働者の氏名					
ⓐ 災害時の通勤の種別 (該当する記号を記入)		イ. ハ. ニ.	住居から就業の場所への移動 就業の場所から他の就業の場所への移動 イに先行する住居間の移動	ロ. ホ.	就業の場所から住居への移動 ロに後続する住居間の移動
⑧ 負傷又は発病の年月日及び時刻		年	月	日	午 前後 時 分頃
⑨ 災害発生場所					
⑩ 就業の場所 (災害時の通勤の種別がハに該当する場合は移動の終点たる就業の場所)					
⑪ 就業開始の予定年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ハ又はニに該当する場合は記載すること)		年	月	日	午 前後 時 分頃
⑫ 住居を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がイ、ニ又はホに該当する場合は記載すること)		年	月	日	午 前後 時 分頃
⑬ 就業終了の年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ、ハ又はホに該当する場合は記載すること)		年	月	日	午 前後 時 分頃
⑭ 就業の場所を離れた年月日及び時刻 (災害時の通勤の種別がロ又はハに該当する場合は記載すること)		年	月	日	午 前後 時 分頃
⑮ 災害時の通勤の種別に関する移動の通常経路、方法及び所要時間並びに災害発生日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路、方法、所用時間その他の状況	(通常の移動の所要時間 時間 分)				
⑯ 災害の原因及び発生状況					
⑰ 現認者の	住 所 氏 名	電 話 - -			
⑱ 転任の事実の有無(災害時の通勤の種別がニ又はホに該当する場合)	有 ・ 無	⑲ 転任の直前の住居に係る住所			

**【注意】**

- 1 ⑪は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定年月日及び時刻を、ニの場合には、後続するイの移動の終点たる就業の場所における就業開始の予定の年月日及び時刻を記載すること。
- 2 ⑬は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を、ホの場合には、先行するロの移動の起点たる就業の場所における就業終了の年月日及び時刻を記載すること。
- 3 ⑭は、災害時の通勤の種別がハの場合には、移動の起点たる就業の場所を離れた年月日及び時刻を記載すること。
- 4 ⑮は、通常通勤の経路を図示し、災害発生場所及び災害の発生日に住居又は就業の場所から災害発生場所に至った経路を朱線等を用いてわかりやすく記載するとともに、その他の事項についてもできるだけ詳細に記載すること。
- 5 ⑯は、どのような場所を、どのような方法で移動している際に、どのような物で又はどのような状況においてどのようにして災害が発生したかを簡明に記載すること。



## 労災保険先行願

平成 年 月 日 \_\_\_\_\_ において発生した交通事故に関し、下記のとおり労災保険の先行給付を受けたく、願い出します。

### 記

#### 1 保険給付の種類

療養（補償）給付

休業（補償）給付

#### 2 先行理由

先行理由例

- ・自分の過失が大きいため
- ・具体的な過失割合の判断ができないため
- ・相手方保険会社からの指導のため
- ・相手が不明であるため

・その他

---

---

---

---

等の理由

上記同一のものについては自賠責保険、任意保険への請求はしないことを誓約します。  
なお、本件労災保険先行につきましては、相手方及びその代理人（ \_\_\_\_\_ ）様  
（ \_\_\_\_\_ 保険会社）と打合せ済みであることを申し添えます。

平成 年 月 日

保険請求人 住 所

氏 名

印

事 業 主 所在地

名 称

代表者

印

横浜南労働基準監督署長 殿



# 誓 約 書

平成 年 月 日 に

において発生した 事故について、現在加害者は不明  
明であります。後日判明したときは、判明するまでの経過書に念  
書を添えて届け出ることを誓約いたします。

平成 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

横浜南労働基準監督署長 殿