

基勞補発第0317001号  
平成16年3月17日

都道府県労働局  
労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局  
労災補償部補償課長  
(公印省略)

第三者行為災害の事務処理における人身傷害補償保険  
の取扱いに係る留意事項について

第三者行為災害の事務処理における人身傷害補償保険（以下「人傷保険」という。）の取扱いについては、平成16年3月17日付け基発第0317001号（以下「通達」という。）により指示されたところであるが、その運用に当たっては下記の事項に留意されたい。

記

1 人傷保険取扱保険会社との連携について

- (1) 自動車事故による第三者行為災害であって、被災労働者又はその遺族（以下「第一当事者等」という。）が労働者災害補償保険法に基づく保険給付のほか、人傷保険からも保険金を受けることができる事案（以下「人傷保険該当事案」という。）についての通達に示された事務処理については、本省において人身傷害補償保険取扱保険会社（以下「人傷保険取扱保険会社」という。）との間で協議済みであり、各保険会社の本社から支店等に対する周知方依頼したところであるが、各都道府県労働局においても、損害保険会社との定期的な協議の場等を通じて通達の内容について周知徹底を図り円滑な事務処理に努めること。
- (2) 通達記の2(3)のなお書きのとおり、自損事故については、人傷保険取扱保険会社に対して労災保険の請求、支給決定及び給付状況に関する情報提供は行わないこととしているところである。

これは、第三者に対する求償事務が生じない自損事故について労災保険に係る個人情報を提供するとすれば、労災保険の事務以外の目的のために個人情報を提供することとなり、このような個人情報の提供はできないこと

から、確認的に記載したものである。

したがって、この取扱いについて人傷保険取扱保険会社から照会がなされた場合には、説明の上、理解を求めること。

## 2 人傷保険と自動車損害賠償責任保険との関係について

労災保険給付と自動車損害賠償責任保険（以下「自賠責保険」という。）による保険金との支給調整においては、原則として自賠責保険に対する請求を先行するよう請求人に対し指導すること（以下「自賠先行の指導」という。）としている。

一方、人傷保険と自賠責保険との関係においては、請求人が人傷保険の保険金の支払の先行を希望する場合には、自賠責保険の損害賠償額の支払は、人傷保険の保険金の支払が完了するまで行われぬ。

このような人傷保険と自賠責保険との関係を踏まえると、人傷保険該当事案のうち第一当事者等が既に人傷保険の保険金の請求をしているものについて、労災保険給付の請求があつた場合には、第一当事者等は労災先行を希望しているといえるものであるから、自賠先行の指導を行う必要はないこと。

## 3 通達の適用について

通達による事務処理は、本年4月1日以降に「第三者行為災害届」が提出された事案について適用することとするが、次の点に留意すること。

- (1) 本年4月1日以降においては、通達による改正後の様式及び新たに定められた様式を使用すること。

ただし当分の間、改正前の様式も使用することができることとする。

- (2) 本年4月1日以降、改正前の様式による「第三者行為災害届」が提出された場合には、労働基準監督署において第一当事者等から人傷保険に関する事項を聴取するなどして人傷保険該当事案であるか否かを把握すること。

また、これにより、人傷保険該当事案であることが判明した事案については、第一当事者等から改正後の様式による「念書」（様式第1号）を改めて提出させること。

- (3) 通達による改正後の様式及び新たに定められた様式については、別途管理換えを行う予定であるが、管理換えまでの間は別添の様式を適宜複写して使用すること。

第三者行為災害届 (業務災害・通勤災害)  
(交通事故・交通事故以外)

署	次	課	給調	係	
長	長	長	査	長	係
			付		
			官		

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。

保険給付請求権者



労働基準監督署長 殿

住所 \_\_\_\_\_ 郵便番号( - ) \_\_\_\_\_  
 フリガナ \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 電話( - - ) \_\_\_\_\_

1 第一当事者 (被災者)

フリガナ \_\_\_\_\_ (男・女)  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 生年月日 年 月 日 ( 歳 )  
 住所 \_\_\_\_\_

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

職種 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

3 災害発生

日時 平成 年 月 日  
 午前・午後 時 分頃  
 場所 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_  
 郵便番号 - 電話 - -  
 代表者 (役職) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_

4 第二当事者 (相手方)

氏名 \_\_\_\_\_ ( 歳 )  
 住所 \_\_\_\_\_

担当者 (所属部課名) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_

郵便番号 - 電話 - -

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)

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 \_\_\_\_\_

6 災害発生の事実の現認者 (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。)

郵便番号 - 電話 - -  
 代表者 (役職) \_\_\_\_\_  
 (氏名) \_\_\_\_\_

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	有効期限	免許の条件
	無			年 月 日	年 月 日まで	

8 事故現場の状況

天候 晴・曇・小雨・雨・小雪・雪・暴風雨・霧・濃霧

見透し 良好・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( )色で交差点に入った) 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)の自賠償保険(共済)及び任意の対人賠償保険(共済)に関する事

(1) 自賠償保険(共済)について	(2) 任意の対人賠償保険(共済)について
証明書番号 第 _____ 号	証券番号 第 _____ 号
保険(共済)契約者 (氏名) _____ (住所) _____	保険(共済)契約者 (氏名) _____ (住所) _____
第二当事者(相手方)と契約者との関係	保険金額 対人 _____ 万円
保険会社の管轄店名	第二当事者(相手方)と契約者との関係
管轄店所在地	保険会社の管轄店名
	管轄店所在地
郵便番号 _____ 電話 _____	郵便番号 _____ 電話 _____

(3) 保険金(損害賠償額)請求の有無 有・無  
 有の場合の イ 自賠償保険(共済)単独  
 請求方法 ロ 自賠償保険(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) \_\_\_\_\_  
 郵便番号 \_\_\_\_\_ 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)	保険会社の管轄店名
証券番号 第 _____ 号	管轄店所在地
保険(共済)契約者 (氏名) _____ (住所) _____	郵便番号 _____ 電話 _____
保険金額 _____ 万円	人身傷害補償保険金の請求の有無 有・無
あなた(被災者)と契約者との関係	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。

Blank lines for writing the disaster occurrence details.

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 drawing the site map.

Legend for symbols: 表示符号, 白取舎, 相手車, 進行方向, 横断禁止, 人, 自転車, オートバイ, 信号, (赤, 黄, 青の表示), 横断歩道, 接触点, 一時停止.

15 過失割合

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

- 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 2 columns: 私(被災者)側, 相手側(わかっていることだけ記入してください). Rows: 部位・傷病名, 程度, 診療機関名称, 所在地.

18 損害賠償金の受領

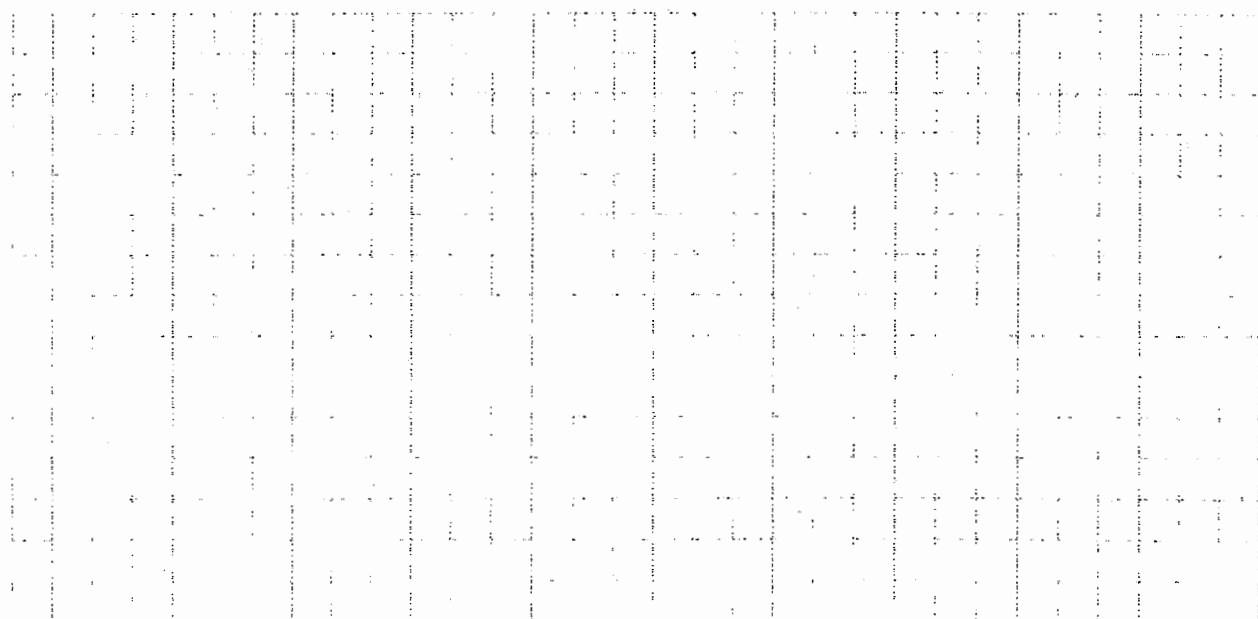
Table with 8 columns: 受領年月日, 支払者, 金額・品目, 名目, 受領年月日, 支払者, 金額・品目, 名目.

Declaration box: 1欄の者については、2欄から6欄、13欄及び14欄に記載したとおりであることを証明します。 Includes fields for date (平成 年 月 日), business name, and owner name with a stamp.

### 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、自転車同士の衝突事故のような場合は交通事故には含まれません。
- 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12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	横断禁止	信 号	横断歩道
	相手車	人 間	(赤、黄、青の表示)	接 触 点
	進行方向	自 転 車 } オ ー ト バ イ }	一時停止	

# 念 書

災害発生年月日	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、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社に対して、私の労災保険の請求、支給決定及び給付状況を通知されることについては異議ありません。

平成 年 月 日

労働基準監督署長 殿

請求権者の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(※請求権者の氏名は請求権者が自署してください。)

御中

労働基準監督署長



労働者災害補償保険の請求についてのお知らせ

第一当事者 (被災者)	氏名				男・女	歳
	住所					
事故年月日	平成 年 月 日	場所				
人身傷害補償 保険契約者氏名		人身傷害補償 保険証券番号		第一当事者方 登録番号(車両番号)		

上記第一当事者(被災者)の第三者行為災害に関し、労災保険給付の請求がありましたので、今後、当該第一当事者は労災保険給付を受ける可能性があることのお知らせいたします。  
なお、今後これ以外にも請求のある給付の種類は増える場合があります。

請求のあった労災保険給付(該当するものに○)

- ① 療養(補償)給付
- ② 休業(補償)給付
- ③ 障害(補償)給付
- ④ 遺族(補償)給付
- ⑤ 葬祭料(葬祭給付)
- ⑥ 介護(補償)給付

(郵便番号) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_

(電話) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

労働基準監督署(担当者) \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_労働基準監督署長 殿

会社名 \_\_\_\_\_

責任者氏名 \_\_\_\_\_



労働者災害補償保険の給付状況等についての照会

第一当事者 (被災者)	フリガナ 氏 名		男・女	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成
	住 所				
事故年月日	平成 年 月 日	場 所			
人身傷害補償 保険契約者氏名			第一当事者方 登録番号 (車両番号)		

上記第一当事者 (被災者) の第三者行為災害に関し、現時点における労災保険給付に係る支給決定及び給付状況について照会します (労働福祉事業に基づく特別支給金を除きます。)

なお、御回答は平成 年 月 日までにお願いします。

(郵便番号) \_\_\_\_\_ (所在地) \_\_\_\_\_

(電 話) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

(管轄店名) \_\_\_\_\_ (担当者氏名) \_\_\_\_\_

発第 号  
平成 年 月 日

御中

労働基準監督署長



労働者災害補償保険の給付状況等についての回答

第一当事者（被災者）		事故年月日	平成 年 月 日
------------	--	-------	----------

上記第一当事者（被災者）に関する平成 年 月 日付け文書により照会の件につき、下記のとおり回答します（労働福祉事業に基づく特別支給金を除きます。）。

記

1 支給決定済みのもの（平成 年 月 日現在）

(1) 支払済みのもの

- ① 療養（補償）給付 計 円（対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日）
- ② 休業（補償）給付 計 円（対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日）  
うち休業実日数 日分、給付基礎日額 円）
- ③ 傷病（補償）年金 計 円 年 金（平成 年 月分～平成 年 月分）
- ④ 障害（補償）給付 計 円 一時金・年金（平成 年 月分～平成 年 月分）
- ⑤ 遺族（補償）給付 計 円 一時金・年金（平成 年 月分～平成 年 月分）
- ⑥ 葬祭料（葬祭給付） 円
- ⑦ 介護（補償）給付 計 円（対象期間平成 年 月分～平成 年 月分）

(2) 支給決定は行ったが、いまだ支払っていないもの（2回目以降の年金給付を除く。）

（補償）給付 円（平成 年 月 日支給決定、平成 年 月 日支払予定）

2 請求があったが支給決定をしていないもの（平成 年 月 日現在）

- ① 療養（補償）給付（対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日）
- ② 休業（補償）給付（対象期間平成 年 月 日～平成 年 月 日）
- ③ 障害（補償）給付
- ④ 遺族（補償）給付（一時金・年金）
- ⑤ 葬祭料（葬祭給付）
- ⑥ 介護（補償）給付（対象期間平成 年 月分～平成 年 月分）

（担当者氏名） \_\_\_\_\_ （電話） \_\_\_\_\_