

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな		生年月日
	氏名 / 生年月日		氏名		年 月 日
	住所 / 電話		〒		TEL ()
(被 害 者) 加 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな		届出者との関係
	住所 / 電話		氏名		生年月日
			〒		年 月 日 TEL ()
(第 三 者) 加 害 者	氏名		ふりがな		
	住所 / 電話		氏名		TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名		ふりがな 氏名
	登録番号 / 車台番号		登録番号		車台番号
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名		担当部署
	取扱店所在地 / 電話		〒		TEL ()
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏名		E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏名		
	住所		〒		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号 第 号
	任意対人一括の有無		有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 無		保険会社名	担当部署
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号		〒		TEL ()
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ()
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

事故発生状況報告書

事故の発生日		年	月	日	午前・午後	時	分頃
事故の発生場所							
当事者	甲（加害運転者）	氏名			電話		
	乙（被害者）	氏名			電話		運転・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明	暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装	してある してない	中央線	ある（白線・黄線） ない	歩道	ある（両・片） ない	
	直線・カーブ・平旦・坂		見通し	良い・悪い	積雪路・凍結路		
信号又は標識	信号	ある	駐停車禁止	されている	標識	一時停止（甲側・乙側）	
		ない		されていない	その他	（ ）	
速度	甲車両	km/h（制限速度		km/h）	乙車両	km/h（制限速度	
						km/h）	
事故現場に於ける自動車と被害者との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。）						
	自動車  相手車  進行方向  信号  一時停車  人間  自転車等  オートバイ						
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ご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ）

印

念 書 (被害者側)

私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第 64 条第 1 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定により保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもらえず、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
4. 上記のほか、私が受けた保険給付について、市町（国保組合）及び後期高齢者医療広域連合が加害者（保険会社等）へ損害賠償請求を行うにあたって、保険給付にかかる明細書（診療報酬明細書等）を提出すること及び保険会社等から情報の提供を受けることに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

市 町
 国保組合理事 長 様
 広 域 連 合

記

事故発生日	年 月 日		
加 害 者 (運 転 者)	氏 名		
被 害 者 (被 保 険 者)	氏 名		誓約者との関係

(注) 被害者（被保険者）欄は誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

誓 約 書 (加害者側)

貴市町（国保組合）の国民健康保険又は後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療にかかる下記被保険者の保険給付は、私の行為（交通事故）に基づくもので、法律上の責任の範囲内において次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険及び後期高齢者医療の給付分に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため私が加入する保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印
保 証 人 住 所
氏 名 印

市 町
国保組合理事 長 様
広 域 連 合

記

事故発生日	年 月 日		
保 有 者	住 所		
	氏 名		証明書番号
加 害 者 (運 転 者)	氏 名		誓約者との関係
被 害 者 (被 保 険 者)	氏 名		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

宛

■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てください。

(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。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; height: 40px; margin: 5px 0;"></div>
------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

◆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、人身事故の事実には相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> 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 _____ (印) 電 話 (_____) _____		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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□のすべてにレする。

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、人身事故の事実には相違

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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 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。)

発生年月日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃 天候		
発生場所				
当事者	甲	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住所	電話 ()		
	氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日()才	
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。