

【国民健康保険】

第三者行為求償

提出書類記入例

1. 第三者行為による傷病届
2. 交通事故証明書（記入例なし）
3. 人身事故証明書入手不能理由書
4. 同意書
5. 誓約書
6. 事故発生状況報告書
7. 事実申立書

第三者行為求償の必要書類（一例）

	相手方保険会社	事故証明書	照合記録簿の種別	必要書類
交通事故（自動車・バイク・自転車）	有	有	人身事故	1. 第三者行為による傷病届 2. 交通事故証明書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
	有	有	物件事故	1. 第三者行為による傷病届 2. 交通事故証明書 3. 人身事故証明書入手不能理由書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
	有	無	×	1. 第三者行為による傷病届 3. 人身事故証明書入手不能理由書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
	無	有	人身事故	1. 第三者行為による傷病届 2. 交通事故証明書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
	無	有	物件事故	1. 第三者行為による傷病届 2. 交通事故証明書 3. 人身事故証明書入手不能理由書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
	無	無	×	1. 第三者行為による傷病届 3. 人身事故証明書入手不能理由書 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書
ペット事故・食中毒	有	×	×	1. 第三者行為による傷病届 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書 （7. 事実申立書）
	無	×	×	1. 第三者行為による傷病届 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書 （7. 事実申立書）
それ以外	有	×	×	1. 第三者行為による傷病届 4. 同意書 5. 誓約書（※） 6. 事故発生状況報告書 （7. 事実申立書）
	無	×	×	ご加入されている市町村国保もしくは国保組合にお問い合わせください。

※5.誓約書を相手方から入手できない場合には、ブランクで構いません。

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 〇〇-123456	保険者名 14〇〇〇〇	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 〒×××-××××	生年月日 昭和45年5月27日 TEL 000(111)2222	
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話	こくほ たろう 国保 太郎 ▲▲市▲▲▲ 123-1		
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏名 〒×××-××××	届出者との関係 生年月日 平成10年8月10日 TEL 000(111)2222	
	住所 / 電話	こくほ はなこ 国保 花子 ▲▲市▲▲▲ 123-1	子	
(第三者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 〒×××-××××	TEL 888(333)4444	
	住所 / 電話	かながわ いちろう 神奈川 一郎 ▲▲市□□□456		
事故発生状況	事故発生日時	令和3年4月25日	午前 / 午後 10時30分頃	
	事故発生場所	▲▲市〇〇7-8		
	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)		
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇海上保険会社	ふりがな 氏名 車台番号	
	登録番号 / 車台番号	登録番号 ▲▲55は5555	かながわ いちろう 神奈川 一郎 E X 66-666	
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 令和2年10月1日 ~ 令和4年9月30日	自賠償証明書番号 第 AA-2222 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●●損保保険会社	担当部署 □□サービスセンター1課	
	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 令和2年10月1日 ~ 令和4年9月30日	契約番号 第×××-〇〇〇〇号	
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 ◇◇協同組合	担当部署 ☆☆サービスセンター	
		担当者氏名 損 保子	TEL 888(555)6666	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入院 治療開始日 令和3年4月25日	
	住所 / 電話番号 ※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。	〒×××-××××	有 / 無 治療終了(見込)	年 月 日
		▲▲市〇〇〇 345-1		TEL 〇〇〇(□□□)□□□□
		② 診療機関名 □□医院	入院 治療開始日 令和3年5月25日	有 / (無) 治療終了(見込)
	〒×××-××××		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	
	▲▲市□□□ 678-1			
③ 診療機関名 △△診療所	入院 治療開始日 令和3年6月25日	有 / (無) 治療終了(見込)	令和3年7月25日	
〒×××-××××		TEL 〇〇〇(△△△)△△△△		
▲▲市▲▲▲ 912-1				
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年5月1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 <input checked="" type="checkbox"/>		

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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。

人身事故証明書入手不能理由書

【表面】

御中

(物件事故等の場合)

■ 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。)
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)
	【理由】
	【理由】 事故当時異常がなく、後日痛みだし病院にて治療を受けたため。

◆ 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	令和4年4月25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、関係者の署名もしくは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 checked="" type="radio"/> 当事者 ※相手方に	住所: 〒×××-×××× 記入日 令和4年5月1日
<input type="radio"/> 目撃者 拒否された為	▲▲市△△△123-1
<input type="radio"/> その他()	氏名: 国保 花子
※ 該当する項目に○印をしてください	電話: 000(111)2222

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) 該当する口のすべてに✓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: 令和 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	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	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	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	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	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。

保険者名 御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

同意書

私が加害者 **神奈川 太郎** に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和3年5月1日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 ▲▲市△△△ 123-1

氏名 国保 花子



※署名又は記名押印

（注1）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、

後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項、介護保険：介護保険法第21条第1項

（注2）国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法第21条第3項の規定に基づき、

損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

誓約書

貴 ▲▲市町村組合 の国民健康保険の被保険者 国保 花子 が受けた保険給付に

私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

- この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において代位取得し、損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。
- 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、損害賠償に応じることを確約します。

令和 3年 5月 1日

誓約者 住 所 ▲▲市□□□456
氏 名 神奈川 一郎



市町村 長 □□□ 様
組合理事

事故発生日	令和 3年 4月 25日	事故発生場所	▲▲市○○7-8
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 AA-2222 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 神奈川 一郎
自動車の登録番号	▲▲55は5555	乙 (被害者)	氏名	国保 花子 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 ・していない) ・ 歩道: (ある ・ない) ・ 道路の見通し: (良い ・悪い) 中央車線: (ある ・ない) ・ 道路の状況: (直線 ・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)			
信号又は標識	信号: (ある・ ない) ・ 自車側信号: (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (青・赤・黄) 駐停車禁止: (されている ・ されていない) ・ その他標識: ()			
速度	甲車両: 不明 km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両: 50 km/h (制限速度 40 km/h)			
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)			
				<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">自車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">信号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">自転車バイク </div> </div>
事故発生の状況(経緯)	乙は、見通しのよい片側1車線の国道246号を〇〇市の方へ時速50kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側前部と衝突しました。			
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()		
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>		
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()		
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無		

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

令和3年5月1日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

国保 太郎

国保 印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

事実申立書

令和3年 5月 1日

市長
村事合
町理連
組合域
市組広

住所 (居住地) 神奈川県△△市〇〇〇27-1

氏名 国保 太郎 印 国保

傷害事件等において被害を受けましたので、下記の事実を申し立てます。

1 事件発生日 令和3年5月1日

2 事件発生場所 神奈川県△△市〇〇〇27-1(〇〇公園)

3 事件状況

〇〇公園を散歩中、突然犬にかまれて手を負傷。

【第三者(相手方)の保険情報等】

任意保険(対人)の有無 ※ 個人賠償責任保険 の場合も含む	<input checked="" type="radio"/> 有・無	[会社名] 〇〇損保	電話 (△△△)〇〇〇〇	担当者 ◇◇部 山田 太郎
損害賠償に関する 交渉の経過	示談成立 の有無 <input checked="" type="radio"/> 有・無	年 月 日成立	[交渉経過]	

※ 傷病の原因が交通事故以外の第三者行為の場合に記入してください。