

第三者行為による傷病届(国保用)

被保険者	フリガナ 氏名		昭・平・令 年 月 日生	世帯主と の続柄	
	保険者番号	被保険者証番号	個人番号		
負傷の日時 および場所	年 月 日 午前 午後 時 分頃、場所				
発病の 原因	・自動車事故・バイク事故・自転車事故・歩行中・殴打・刺傷 ・その他()			負傷時の 状況	1. 業務中 2. 私用中
傷病名	国保による診療		年 月 日から している していない		
診療を受けた 保険医療機関名	当初	転移後			
相手方	住所	氏名	年 月 日生	職業	電話
相手方の 使用者	住所	氏名	年 月 日生	職業	電話
相手方 の保険関係	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 号
	契約者住所			契約者氏名	
	所有者住所			所有者氏名	
	登録番号 (車両番号)			車台番号	
	任意保険 の有無	有・無		保険株式会社 連絡先() 農業協同組合 担当者()	
損害賠償に関する 交渉の経過	示談成立の有無	有・無	示談日 (予定日)	年 月 日 成立・予定	
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">大井町長 小田 眞一 殿</p>					

- 注 1 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
 2 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
 3 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

念書兼同意書

この事故で国民健康保険法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項及び第3項の規定により、保険給付価額の限度において、相手方に対する損害賠償請求権を法律上当然取得、行使、賠償金の受領及び国民健康保険団体連合会へ事務委託できることを理解しましたので、次の1及び2の事項を遵守することを誓約し、3及び4の事項に同意します。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もってその内容を申し出ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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)等事項の情報について、関係損害保険会社等からの情報提供並びに、その情報を受けること。
- 4 損害賠償請求事務において必要な事項(診療報酬明細書及び被害届等資料の写し)並びにこの念書を、関係損害保険会社へ提供すること。

令和 年 月 日

住 所
氏 名 印

大井町長 小田真一 様

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
相手方	住 所		
	氏 名		
被害者	住 所		
	氏 名		
※ 被保険者・加入者と誓約者の関係			

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入してください。

誓約書

貴 市町村組合 の国民健康保険の被保険者 が受けた保険給付は、

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。

1 この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付額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。

2 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 年 月 日







誓約者 住 所
氏 名 印

大井町長 小田真一 様

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
※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

自賠責保険 証明書番号	第	号	当 事 者	甲（相手方運転者）	氏名 (電話)			
登録番号 (車両番号)				乙（被保険者）	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 信号又は標識	横断歩道 歩道橋等	ある なし	そこから事故現場まで の距離(人対車のみ)	m	渋滞 有 無	見通し	良い 悪い	
	信号	ある ない	甲 青・黄・赤 乙 青・黄・赤	一時停止 標識	ある ない	甲側 乙側	駐停車 禁止	されている されていない
	一方通行 規制	ある ない	甲車進行方向 乙車進行方向	その他の規制				
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 発 生 状 況 略 図	<p>※損害保険会社等と過失割合を決める際の重要な資料となるため、詳細に記入してください。 ※事故発生場所及び状況等がわかるように、目印となる建物や道幅(m)等を記入して下さい。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 自 車  相 手 車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  自 転 車 オートバイ  </div>							
上 記 図 の 説 明	説明欄							

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。

令和 年 月 日
 報告者 甲との関係()
 乙との関係()

印

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 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。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 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。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>														
<p>◆ 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。</p>															
届出警察	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">警察 担当官</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="text-align: center;">届出年月日</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(判明している場合)</td> <td></td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	警察 担当官		届出年月日					(判明している場合)		年	月	日		
警察 担当官		届出年月日													
(判明している場合)		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。

<p>◆ 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。</p>																
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">住所 〒</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">記入日</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">年</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">月</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">日</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">氏名</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">(印)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">電話</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">()</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	住所 〒	記入日	年	月	日	氏名	(印)				電話	()			
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
<p>◆ その他・特記事項 ()</p>		

【 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	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。