

第三者による傷病届出

|  |                        |                       |   |       |         |     |
|--|------------------------|-----------------------|---|-------|---------|-----|
| 被害者  | 被保険者番号                 | え -                   |   |       |         |     |
|  | 被保険者氏名(被害者)            |                       |   |       | 世帯主との続柄 |     |
|  | 生年月日                   | 年                     | 月 | 日     | 個人番号    | - - |
| 加害者  | 住所                     |                       |   | 氏名    | 職業 TEL  |     |
| 加害者の使用主  | 住所                     |                       |   | 氏名    | 職業 TEL  |     |
| 負傷の日時及び場所  | 年 月 日 午前 時 分頃 場所<br>午後 |                       |   |       |         |     |
| 発病の原因又は負傷時の状況  |                        |                       |   |       |         |     |
| 傷病又は負傷の程度  | 治癒までの見込み               | 入院                    | 日 | 通院    | 日 医療費 円 |     |
|  | 国保による診療                | 年 月 日からしている。 していない。   |   |       |         |     |
| 診療を受けた機関名  | 当初                     | 移転後                   |   |       |         |     |
| 自動車の加害事故自の動の場合   | 自賠責保険契約会社名             |                       |   | 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 |         |     |
|  | 登録番号又は車両番号             |                       |   | 車台番号  |         |     |
|  | 任意保険(対人)の有無            | 有 ( 保険株式(相互)会社 組合 ) 無 |   |       |         |     |
| 損害賠償に関する交渉の経過  |                        |                       |   |       |         |     |
| <p>国民健康保険法施行規則第32条の6及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>世帯主 氏 名 _____ 印</p> <p>個人番号 ( _____ )</p> <p>えりも町長 様</p>   |                        |                       |   |       |         |     |
| <p>注1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。</p> <p>2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写を提出してください。</p> <p>3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。</p> <p>4. 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。</p> |                        |                       |   |       |         |     |

### 第三者行為基本調査書 (交通事故)

保険者等名

|                                      |                             |           |      |                 |   |      |  |
|--------------------------------------|-----------------------------|-----------|------|-----------------|---|------|--|
| 事故発生年月日                              | 平成                          | 年         | 月    | 日               | 時 | 分頃   |  |
| 事故発生場所                               |                             |           |      |                 |   |      |  |
| 被害者<br>(被保険者<br>加入者)                 | 住 所                         |           |      |                 |   |      |  |
|                                      | 氏 名                         |           |      |                 |   | 歳    |  |
|                                      | 職 業                         |           |      |                 |   | 電話番号 |  |
| 加 害 者<br>(運 転 者)                     | 住 所                         |           |      |                 |   |      |  |
|                                      | 氏 名                         |           |      |                 |   | 歳    |  |
|                                      | 車両の保有者との関係                  | 職業        | 電話番号 |                 |   |      |  |
| 保 有 者                                | 住 所                         |           |      |                 |   |      |  |
|                                      | 氏 名                         | 電話番号      |      |                 |   |      |  |
| 自<br>賠<br>責<br>保<br>険<br>関<br>係      | 保 險 会 社 名<br>組 合 名          |           |      |                 |   | 支店   |  |
|                                      |                             | 証 明 書 番 号 | 第    |                 |   | 号    |  |
|                                      | 保 契 約 者                     | 住 所       |      |                 |   |      |  |
|                                      |                             | 氏 名       | 電話番号 |                 |   |      |  |
| 加 害 者                                | 種 別                         |           |      | 登録 (車両番号)       |   |      |  |
| 保 險 期 間                              | 自 平成                        | 年         | 月    | 日               | ～ |      |  |
|                                      | 至 平成                        | 年         | 月    | 日               | 時 | ヵ月間  |  |
|                                      | 未請求                         | 請求済       |      | 本請求済            |   |      |  |
|                                      | 月頃請求する予定                    | 仮渡        | 円    | 年               | 月 | 日頃   |  |
|                                      |                             | 内払        | 円    |                 |   | 円    |  |
| 任<br>意<br>保<br>険<br>(<br>対<br>人<br>) | 保 險 会 社 名<br>組 合 名          |           |      |                 |   | 支店   |  |
|                                      |                             | 証 明 書 番 号 | 第    |                 |   | 号    |  |
|                                      | 保 契 約 者                     | 住 所       |      |                 |   |      |  |
|                                      |                             | 氏 名       | TEL  |                 |   |      |  |
| 加 害 者                                | 種 別                         |           |      | 登録 (車両番号)       |   |      |  |
| 保 險 期 間                              | 自 平成                        | 年         | 月    | 日               | ～ |      |  |
|                                      | 至 平成                        | 年         | 月    | 日               | 時 | ヵ月間  |  |
| 自 賠 と の 関 係                          | 任意保険会社が自賠一括払の               |           |      | 人身傷害保険会社が自賠一括の  |   |      |  |
| 医療機関名<br>サービス事業者等名                   |                             |           |      | 傷 病 名           |   |      |  |
| 示 談 内 容                              | 成立 年 月 日、未成立、交渉中 ( 年 月 日現在) |           |      |                 |   |      |  |
| 摘 要 欄                                | 高額医療費支給の<br>(高額介護サービス費)     |           |      | 市町村担当者名<br>電話番号 |   |      |  |
| 損 保 会 社                              |                             |           |      | 担当者名<br>電話番号    |   |      |  |

# 事故発生状況報告書

|                              |   |                         |           |            |                           |             |
|------------------------------|---|-------------------------|-----------|------------|---------------------------|-------------|
| 当事者                          | 甲（加害運転者）  | 氏名<br>(電話)              |           |            |                           |             |
|                              | 乙（被害者）  | 氏名<br>(電話)              |           |            | 運転・同乗・<br>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  | {<br>してある<br>していない<br>} |           | 歩道（両・片）    | {<br>ある<br>ない<br>}        | 直線・カーブ 平坦・坂 |
|                              | 見通し   | {<br>良い<br>悪い<br>}      |           | 積雪・凍結      |                           |             |
| 信号又は標識                       | 信号  | {<br>ある<br>ない<br>}      |           | 駐・停車禁止     | {<br>されている<br>されていない<br>} | その他標識       |
| 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图示して下さい。 | 事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)<br>1 最初に相手を発見したのは約         メートルの位置<br>2 車(甲、乙)その時私は・わき見・考え事・標識見落・先に行けると思った・速度が出た<br>・その他(    )<br>3 歩行者 その時私は・先に渡れると思った・車の接近に全く気がつかなかった・急に飛び出した(左から)<br>・走った・その他(    ) |                         |           |            |                           |             |
|                              | 甲 車    ▲<br>乙 車    □<br>進行方向   ↑<br>信号       ⊞<br>一時停止   ▽<br>人間       人<br>自転車 }<br>オートバイ } ⊕  |                         |           |            |                           |             |
| 上記図の説明を書いて下さい。               | _____<br><br>_____<br><br>_____   |                         |           |            |                           |             |

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

甲との関係(    )  
 報告者    )  
 乙との関係(    )

# 念 書（兼同意書）

（被害者側）

1 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 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 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) 保険 給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）からの損害賠償金を貴殿が優先して受領されること。
- (2) 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ること。
- (3) 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- (4) 加害者側から金品を受けたとき、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。

2 私が被った保険事故について、私の個人情報以下に掲げる利用目的のため損保会社等に対し提供することに同意します。

- (1) 提供する個人情報
  - ① 保険事故に関する 国民健康保険診療報酬明細書
  - ② 第三者行為による被害届（交通事故）
  - ③ 交通事故証明書
  - ④ 事故発生状況報告書
  - ⑤ 念書（兼同意書）
  - ⑥ その他

- (2) 利用目的  
損保会社等に対する第三者行為の求償事務

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保険者等代表者氏名

様

記

|              |       |        |   |
|--------------|-------|--------|---|
| 事故発生日        | 年 月 日 | 事故発生場所 | 0 |
| 加害者          | 住所    |        | 0 |
|              | 氏名    |        | 0 |
| 被害者          | 住所    |        | 0 |
|              | 氏名    |        | 0 |
| ※被害者と誓約者との関係 |       |        |   |

※印欄は、誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。

# 誓 約 書 (加害者側)

1. 貴(保険者等)の 国民健康保険 の下記 被保険者 加入者 が受けた 保険 給付は 交通事故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いたします。

(1) 保険 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

(2) 上記1の支払に充てるため \_\_\_\_\_ 保険株式会社 (共済農協組合) に対して

有する自賠責保険(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。

2. 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

④

保険者等代表者氏名

様

記

|              |    |              |   |
|--------------|----|--------------|---|
| 被害者          | 住所 |              | 0 |
|              | 氏名 |              | 0 |
| 保有者          | 住所 |              |   |
|              | 氏名 |              |   |
| 加害者          | 住所 |              | 0 |
|              | 氏名 |              | 0 |
| ※加害者と誓約者との関係 |    | 自賠責(共済)証明書番号 |   |

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。