

③第三者の行為による傷病届（表）

【国民健康保険用】

第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

_____ 殿 〒 _____

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおりお届けします。

		法制	一般	退職者
被保険者証記号・番号		個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日	明大昭平令 年 月 日（才）	
	氏名	性別	男・女	職業
事故の内容	発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生場所			
	事故原因と状況			
	警察署への届	届済・未届（いずれか○印）	届出所轄署	警察署
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（ ）	
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気（ ）		
被保険者の人身傷害補償保険について	有・無	損保名[会社]	サービスセンター	
		担当者名[]	電話番号[]	

第三者（相手者）	相手者	住所	電話				
		フリガナ	性別	男・女	年令	才	職業
	氏名						
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他（ ）					
第三者（保有者・使用主）	保有者（所在地）	住所	電話				
		名称					
	代表者						
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他（ ）					

第三者の 共済 関係	自賠責 保険	保険会社(又は農協)			共済 証明書 番号		
		共保 済 契 約 者	住 所	電 話			
	フリガナ 氏 名				共済 期 間	自 年 月 日	至 年 月 日
	相手者の自動車	車種		登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号	
	任意保険(対人) の有・無	契約保険会社	保険会社(共済)			サービスセンター	
		証券番号	第	電話番号 ()	担当者		
					号		








治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度			治療終了日【令和 年 月 日】
	医療機関の所在地・名称			
	診療の期間 (見込み期間)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示 談	示談が成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品目	受領年月日	

- 注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。
- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
 - 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
 - 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
 - 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
 - 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
 - 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部
2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (相手者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	{ 甲車 甲車以外
速度	甲車 Km/h (制限速度 Km/h)		甲車以外の車 Km/h (制限速度 Km/h)				
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側 (m) 甲車以外の車側 (m)			
信号又は標識	信号 (有・無) 一時停止標識 (有・無) その他標識 ()						
事故現場にお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)						
	自動車 甲  乙  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 オートバイ 						
上記図の説明を書いて下さい							

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	住所	氏名 (電話)	

年 月 日

甲との関係 ()
 報告者
 乙との関係 ()

氏 名 _____ 印 _____

念 書 (兼 同意書)

事故発生日	令和	年	月	日
被保険者氏名		相手者 (第三者) 氏名		
事故発生場所				

(確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって_____（市・町・村・組合）が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）。
上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して_____（市・町・村・組合）に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、_____（市・町・村・組合）及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
 - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
 - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず_____（市・町・村・組合）に申し出ること。
 - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって_____（市・町・村・組合）にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

親権者

印

市 町 村

国保組合理事 長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、
親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

【 国民健康保険用 】

同 意 書

令和 年 月 日 (場所: _____)
において、私 (_____) の不法行為により 被保険者
(_____) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保
険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償
保障法第15条の請求に優先して _____ (市・町・村・組合) に
支払われることに異議なく同意します。

令和 年 月 日

相手者

住所

氏名

印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

印

(代表者名)

殿

【相手者提出用】

誓 約 書 (相 手 者 側)

貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) の (国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 介護保険) の下記 (被保険者) が受けた保険給付は、私が占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として下記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損害賠償金を貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 組合 ・ 広域連合) に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 連帯保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

市 町 村
 国保組合理事 長 殿
 広 域 連 合

動物の占有者	住 所			
	氏 名			
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

誓 約 書 (相 手 者 側)

貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) の (国民健康保険 ・ 後期高齢者医療 ・ 介護保険) の下記 (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、下記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損害賠償金を貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 国保組合 ・ 広域連合) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴 (市 ・ 町 ・ 村 ・ 組合 ・ 広域連合) に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 連帯保証人 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

市 町 村
 国保組合理事 長 殿
 広 域 連 合

相手者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

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。</p> <p>※ 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: 5px 0;">【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; margin: 5px 0;">【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□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	明・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	明・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	明・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	明・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	明・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。