# <u>③第三者の行為による傷病届(表)</u>

被保険者の人身傷害

補償保険について

有

無

### 【国民健康保険用】

# 第三者の行為による傷病届

令和○○年○○月○○日

○○○○サーヒ゛スセンター

092-000-00000

		<u> </u>	<u>○市長</u> 殿				<u>000-0000</u> 届出者の					
						氏 名	届出者の					
						電 話	届出者の	電話番	号			
	次のとおり	)お届け	けします。				法制		般	•	退職	 战者
被伊	<b>R</b> 険者証記号	号・番号	0000	0000		個人	【番号		委任時	寺は不	要	
т.	.+./□ r/\ +⁄.	フリガナ		カナ		生年月日	明大昭	平 令	O年 O.	月〇	日 ((	7才)
f	波保険者	氏 名	被保険者の氏名		<b>氏名</b>	性別	男·女	職業	被保険	者の職	業	
	発生	日時	令	和〇〇年	OO月 C	O 目	午前	が・午後	〇時	0/	分頃	
	発生場	易所	福岡県庁	前交差点								
事故の内			道路横断中 告書参照)	、右から	来た自動車に	工衝突。「	頭部を強打	打し負傷	した。	(事故	発生	状況報
容	警察署个	への 届	届済 ·	未届(ル	ハづれか○印)	届出	所轄署		福岡	0	0	警察署
	込身の	<b>小</b>	相手者	正常・レ	いねむり・疲力	労・飲酒	i・ <sub>病気(</sub>					)
	一心身の状況		被保険者	正常・レ	いねむり・疲力	労・飲酒	- 病気 (					)

	<del>1</del> 11	住	所	相手者の住所電話							記話 相	手者の電詞	舌番号		
	相手	フリ	ガナ			カナ									相毛老
第三者	者	氏	名	柞	手=	者の氏名			性	別	男・女	年令	〇才	職業	相手者 の職業
		保有者	との関係	本人	•	従業員	•	親	族	•	その他	(			)
(相手者)	保有者	住(所有	所 在地)	保有者の住	所						領	<b>註話</b> 092	2-000-000	0	
)関係	(所有者	名	称	保有者の名	称	(会社名)									
TIT.	・使用主)	代表	表者	代表者名											
	=	契約者	との関係	本人	•	譲受人	•	借受	人	•	その他	(			)

電話番号[

損 保 名[**損害〇〇〇〇会社**]

担当者名[ 〇〇〇〇

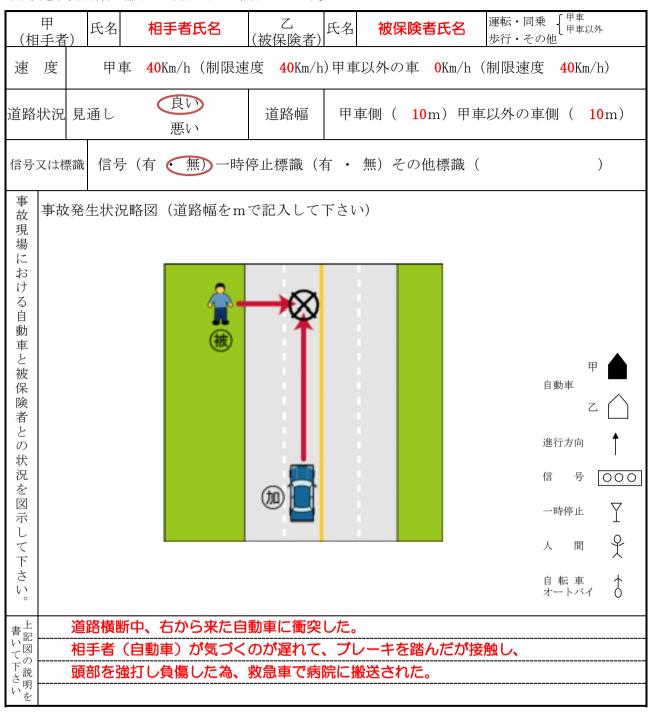
		保険会社(又は農協)			損害○○会社				共済 証明書番号 保険	自則	等責保険証の	D番号
第	自賠責保険	共保 済険	1 1 <del>1.</del> P/T 1		保険	<b>保険の契約者の住所</b> 電話					契約者の電詞	話番号
第三者		契約					カナ		<b>北</b> ·汝		〇〇年〇〇月	
0)		者	氏	氏 名		相手車の自	为者名	共済 期 間保険	至	〇〇年〇〇月	OO目	
共保 済険 関		相手者の自動車		車種	車の車	<b>車種</b>	登録番号 車両番号	プレートナンバー 事故証明書 にある番号		車検証から 自賠責保険調	証から	
係	/ 李/I PA (地 1 \					型約保険会社 <b>任意保険会社名</b> 保険会社				共済)	OO #-	ーヒ゛スセンター
	任意保険(対人) の (有)・ 無					電話番号	분 000 (000	) 0000	担当者 担当者名			
						証券番号 第 〇〇〇〇				0000 号		
治	傷病名及び傷病の程度				頭部打撲					治療終了日【令和○年○月○日】		
療関	医療機関の所在地・名称					福岡〇〇病院 福岡〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番						
係	(		の期	-	令和○○年○○月○○日より 令和○○年○○月○○日まで 令和○○年○○月○○日まで 入院・外来の別 (入・外) 入院・外来の別 (入・外						年 月 年 月 ト来の別(入	日より 日まで ・ 外 )
示談									()			
			名  目			金額	又は品目	受領年月日				
損害	損害賠償金を受領した場合											
					·	· ·						

- 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。

`# \\\ \	÷π	IT.	担当者(	)
連絡先	課	(K)	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。



#### 甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。 氏名 運転者氏名 自動車の番号 福岡〇〇 運転 者 (電話) 092-000-000 氏名 保有者氏名 保有者 住所 保有者氏名 (電話) 092-000-000 記入日をお願いします。 年 月 日 甲との関係 報告者 氏 名 記入者氏名 囙

(本人)

乙との関係

## 念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
被保険者氏名	被保険者氏名	相手者(第三者)氏名	相手者氏名
事故発生場所	場所:福岡県庁前交差点		

#### (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、<u>(市・町・村・組合)</u>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。)が行う水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(内訳を含び国保連合会が情報を受けること。

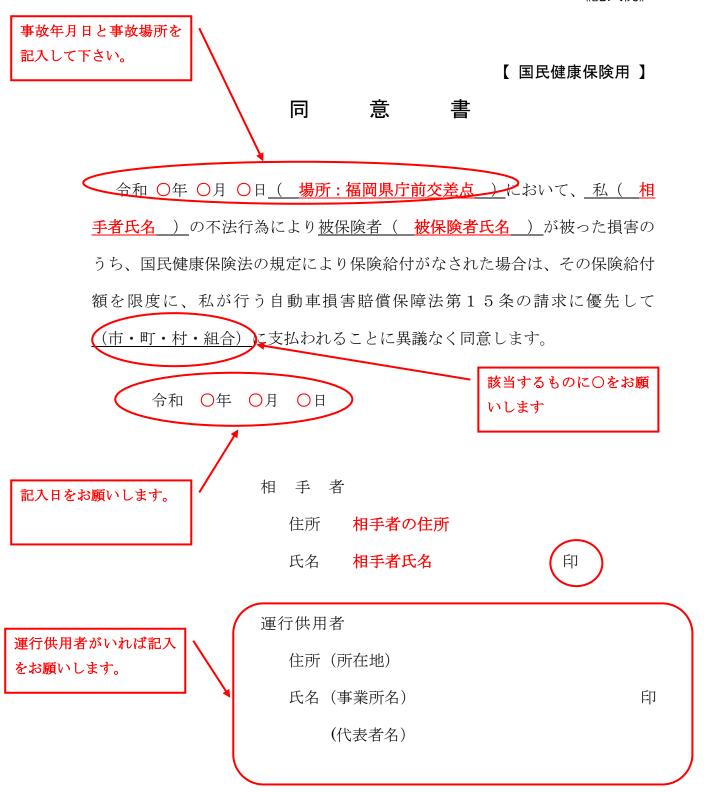
保険証を取得している(住んでいる)市 町村名を記入してください。

#### (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。



(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。



市長名【〇〇市長でも可】 殿

【相手者提出用】

### 誓 約 書(相手者側)

貴(市・町・村・組合)の国民健康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、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損害賠償金を保険者(市町村等)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保険者(市町村等)に申し出て、了解を得ること。
- 3. 上記1の支払いに充てるため (例:自賠責保険者名) 保険会社(農業協同組合)に対して有する私の契約する自動車損害賠 記入日をお願いします。 険者( 届出の保険者名 ) が、保険給付額を限 ことに異議なく同意いたします。

令和○○年○○月○○日

被保険者

氏

名

誓 約 者 住 所 相手者の住所 届出の保険者名の記入 氏 名 相手者の氏名 印 をお願いします。 連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所 印 氏 名 連帯保証人の氏名 市 町 村長 00 殿 - 国保組合理事 保有者の住所 所 住 保有者 氏 名 保有者の氏名 証明書番号 相手者 所 | ※ 相手者の住所 (運転者) |※ 相手者の氏名 氏 誓約者との関係 | ※ 名 被保険者の住所 住 所

(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。

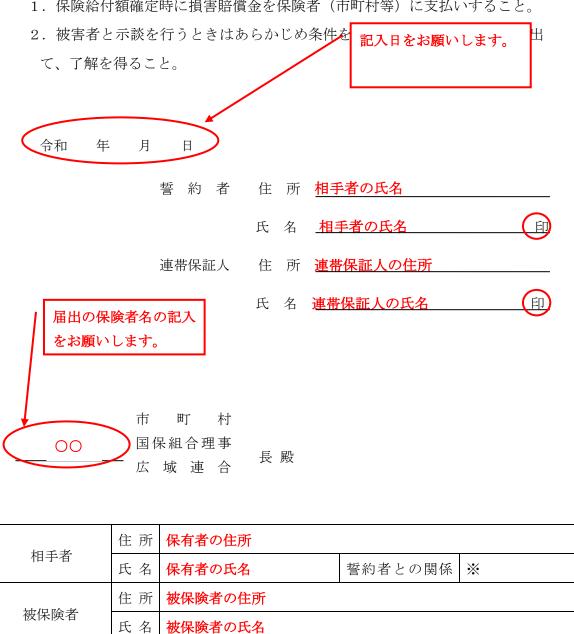
被保険者の氏名

【 傷害事件用 】

#### 誓 約 書(相手者側)

貴(市・町・村・組合・広域連合)の(国民健康保険・老人保健・介護保険)の 下記(被保険者・受給者)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。

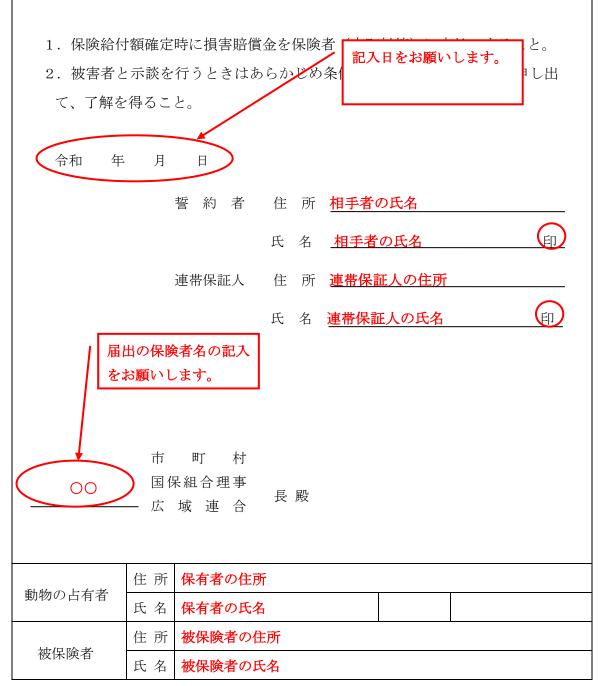
1. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者(市町村等)に支払いすること。



(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・組合・広域連合)の(国民健康保険・老人保健・介護保険)の 下記(被保険者・受給者)が受けた保険給付は、私の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。



(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。