第三者行為による傷病届

国保	退職
	本・被

被保険者の記号番号		個人番号			世帯主	住所	電話（　）　－
被保険者氏名		世帯主との続柄		男・女　才		氏名	
発病又は負傷の年月日	平・令　年　月　日	発病又は負傷の発生場所					
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他（　　）						
事故発生当時の具体的状況及び被害の程度							
目撃者の住所及び氏名	氏名		住所				
第三者(加害者)の住所及び氏名	氏名		住所	電話（　）　－			
第三者が勤務している事業所の名称所在地	名称		所在地	電話（　）　－			
診療をうけた（うけている）病院名及び所在地	病院名		所在地				
保険診療の有無	有・無	保険診療を受けた（又は見込）期間	自 平・令　年　月 至 平・令　年　月　日間				
示談の状況	成立した・成立していない・交渉中 （　月　日現在）	損害賠償の額	円	内訳	医療費　円 その他　円		
第三者の加入する自動車損害賠償責任保険関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			保険証明書番号				
第三者の加入する任意保険(対人)関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			証券番号				

上記のとおりお届けします。

令和　年　月　日

世帯主氏名　　㊞

（代筆者氏名　　世帯主との続柄　　）

市町村長　　様

添付書類

1　示談が成立しているときは、示談書の写。

2　損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類。

第三者行為調査表（被保険者用）

保険者（市町村）

被保険者氏名	フリガナ	連絡先	電話　（自宅・呼出）

治療等の関係	治療を受けた病院名	期間	国保・後期高齢者医療使用の有無等	
		年　月　日～　年　月　日	有・無	入院・通院
		年　月　日～　年　月　日	有・無	入院・通院
		年　月　日～　年　月　日	有・無	入院・通院
	治療の経過	治療中　・　治ゆ　・　中止　・　死亡		
	まだ治療中であれば見込	年　月ごろまで　入院　・　通院　治療を要する		
	一部負担金の支払	・自分で支払った　・相手が支払った　・まだ払ってない		
		（・自分が契約する・相手が契約する）任意保険が支払った		

当面の対応について		
	1. 相手の任意保険が対応する	契約先　　担当
	2. 自分の任意保険が対応する 人身傷害補償保険　・有・無	契約先　　担当
	3. 自賠責保険へ請求する	（下の自賠責保険関係欄に記入してください）
	4. まだ決まっていない	
	5. その他	
	（4または5の場合は特徴的なことを記入して下さい。）	

示談関係	
	※該当を〇で囲んでください（　　月　　日現在）
	・成立している　　成立年月日　　年　　月　　日
	・成立していない
	・交渉中　　（成立すればただちに連絡してください）
	※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。

免許証	もっている　・　もっていない	酒	飲んでいた　・　飲んでいなかった

自賠責保険関係	
	※ 自賠責保険への被害者請求について（該当を〇で囲んでください。）
	・請求済　（下記も記入してください） 仮　渡　　円 内　払　　円　（　　回） 本　請　求　　円　（　　月　　日ごろ）
	・未請求 月ごろ請求する予定（請求する前にかならずご連絡ください）

第三者自宅電話	（　　）　　―		
第三者の勤務先		電話	

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

第三者行為調査表（第三者用）			被保険者	
第三者氏名	フリガナ	連絡先	電話 （自宅・呼出）	

自賠責保険関係	契約先			証明書番号		
	保険契約者住所				氏名	
	保有者住所				氏名	
	運転者住所				氏名	
	車種別		登録番号		車台番号	
	保険期間	自　年　月　日　～　至　年　月　日				
	※ 自賠責保険への請求について（該当を○で囲んでください。） ・請求済 本請求　円　（　月　日ごろ） ・未請求 月ごろ請求する予定（請求する前にかならずご連絡ください）					

任意保険	有・無	契約先		保険金額	万円
	証券番号				
	保険契約者住所				
	保険期間	自　年　月　日　～　至　年　月　日			
	一括処理	・している（担当　氏）　・していない			

示談関係	※該当を○で囲んでください（　月　日現在） ・成立している　成立年月日　年　月　日 ・成立していない ・交渉中　（成立すればただちに連絡してください） ※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。

免許証	もっている・もっていない	酒	飲んでいた・飲んでいなかった

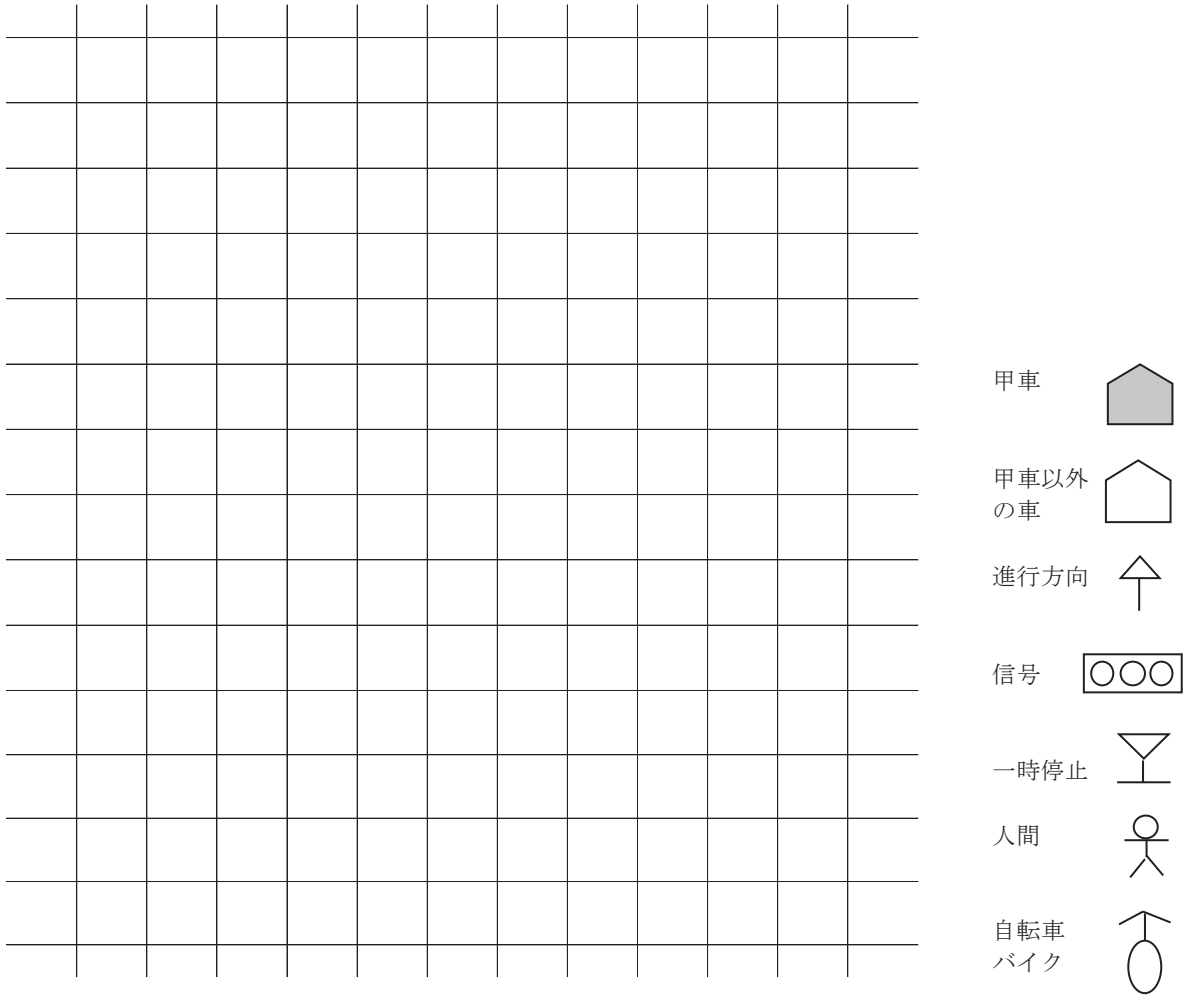
※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

事故発生状況報告書

◎別紙事故証明書に補足して下記のとおり報告致します。

甲	氏名		乙	氏名	
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（　m）	甲車以外の側（　m）	
信号又は標識	信号　有・無	一時停止標識　有・無	その他の標識（　）		

事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください



上記図の説明を書いてください

令和　　年　　月　　日

報告者　甲との関係（　　）

乙との関係（　　）　氏名　　㊞

※　甲・乙については交通事故証明書の、甲・乙に合わせていただくか、事故証明書の内容が不明の場合は、どちらを甲としてもかまいません。

国民健康保険

念　書

年　　月　　日（　　）において（　　）の不法行為により（　　）の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場合は、私が加害者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 項の規定によって保険者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に異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお､併せて下記の 1、2 及び 3 については遵守することを誓約し、4、5、及び 6 については同意します。

記

1　加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2　加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3　加害者側から金品を受けた時は受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4　保険事故により受診した医療機関等から、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に同意します。
5　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に同意します。
6　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、診療等の報酬明細書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に同意します。

令和　　年　　月　　日

（被保険者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代筆者）住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（被保険者との続柄　　）

市町村長
国保組合理事長　＿＿＿＿＿＿＿＿様

国保

確　約　書

下記の事故による受傷者が貴 市町村／国保組合 の国民健康保険により診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については、国民健康保険法第64条の規定により、給付の価額の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した貴 市町村／国保組合 からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

令和　　年　　月　　日

支払義務者　住所

氏名　　㊞

（電話）

連帯保証人　住所

氏名　　㊞

（電話）

市町村長
国保組合理事長　　様

記

被保険者住所（受傷者）		氏名		生年	昭和 平成 令和　年
第三者住所		氏名		支払義務者との関係	
発病（負傷）年月日	平・令　年　月　日	原因	1 交通事故 ・ 2 けんか ・3 その他		
事故発生場所					

別添４

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。	◯ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ◯ 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 ◯ 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 ◯ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 ◯ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

◆　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	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。

◆　上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

◯ 当事者 ◯ 目撃者 ◯ その他（　　） ※　該当する項目に○印をしてください	住　所　〒＿＿＿＿＿＿　記入日　　年　　月　　日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞ 電　話　　（　　）

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（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。

責任者	担当者

□ 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆　確認日	◆　確認先	◆　確認方法
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談
年　月　日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他（　　）	□電話 □文書 □面談

◆　その他・特記事項（　　）

【 事案情報　被害者名：＿＿＿＿＿＿＿＿　事故日：平・令　　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	大・昭 平・令　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	大・昭 平・令　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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。