

第三者行為による被害届

令和 年 月 日

中津川市長

世帯主 住所(〒 -)

様

氏名 印

電話 () -

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。

事故発生日	令和 年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生場所			
種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因と状況			
被害者名 (被保険者名)	被保険者証記号・番号 (フリガナ)	職業 続柄	性別	男・女	
	氏名	生年月日	(明・大・昭・平・令)		
			年 月 日(歳)		
加害者(第三者)に関する事項	加害者 (運転者)	氏名	生年月日	(明・大・昭・平・令)	
		住所	(〒 -)		
		職業	電話	() -	
	保有者	氏名	電話	() -	
		住所	(〒 -)		
		加害者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()		
	契約者	氏名	電話	() -	
住所		(〒 -)			
保有者との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
自賠責保険	有無	保険会社	証明書番号		
任意保険	有・無	保険会社	支店名	課名	担当者名
		証券番号	電話	() -	
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	年 月 日	
当初			国保診療開始日	年 月 日	
転医後			診療見込期間		
			診療見込金額	円	

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名	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	舗装(してある・してない)・歩道(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号(ある・ない)・自転車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 駐停車禁止(されている・されていない)・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)					

(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)

事故現場状況図	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 ハイク </p>
---------	---	---

事故発生 の状況 (経緯)	
---------------------	--

被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				

上記内容に間違いありません。		
令和 年 月 日	届出者(被保険者):	印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとする事も可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。

※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

中津川市 御中

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

届出者（被保険者）

住所

氏名

（印）

（注1）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

念 書（同意書）

（被害者側）

令和 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、
並びに保険者が加害者（損害保険会社等）に対し賠償金を請求する際に、その
賠償金の算定にあたり、受診医療機関、保険点数及び交通事故外の傷病（既往
症等）による診療が含まれていないかなどを確認するために必要な次の書類を、
加害者（損害保険会社等）に提出することに異議のないことを、書面をもって
同意します。

- （1）第三者の行為による被害届（写）
- （2）交通事故証明書
- （3）事故発生状況報告書
- （4）診療報酬明細書（写）等

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

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ときは受領年月日、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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

中 津 川 市 長

様

承 諾 書 (被害者側)

令和 年 月 日、 において
発生した自動車事故により、被害者 が受けた損害のうち国
民健康保険法に基づいてなされた保険給付の限度内で私がおこなう自動車損害
賠償保障法による保険金の請求に優先して 中 津 川 市 に支払われることを
承諾します。

令和 年 月 日

住 所
氏 名

印

誓約書 (加害者側)

貴市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(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損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社(農業協同組合)に対して有する自動車損害賠償責任保険(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。

令和 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

印

保証人 住 所
氏 名

印

中津川市長様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	*		
	氏 名	*	誓約者との関係	*
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。*印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

自賠責保険および任意保険に関する事項

① 自賠責保険

保険証番号	第 号	
保 険 会 社	会 社 名	
	住 所	〒 電話
保 険 契 約 者 (相 手 方)	氏 名	
	住 所	〒 電話
自 動 車	車 種	
	登 録 番 号	
	車 台 番 号	
保 険 期 間	自	年 月 日
	至	年 月 日

② 任意保険

保険証番号	第 号	
保 険 会 社	会 社 名	
	住 所	〒 電話
保 険 契 約 者 (相 手 方)	氏 名	
	住 所	〒 電話
保 険 期 間	自	年 月 日
	至	年 月 日

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; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></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; height: 30px;"></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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	

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(保険会社)</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>氏名 _____</p> <p>電話 _____ (_____)</p>

(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。

- 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
◆ その他・特記事項		

[事案情報] 被害者名 : _____ 事故日 : 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日]

〈注意事項〉

- ① 交通事故証明書が「物件事故扱い」の場合必要となります。
- ② 交通事故証明書が発行されていない場合、又は、交通事故証明書に負傷した被害者が記載されていない場合は両面の記入が必要となります。
- ③ 入手不能理由については、該当項目に○印をしてください。また、その他の理由がある場合はご記入ください。
- ④ 自認欄には、必ず当事者どちらかの署名・印鑑をお願いします。(原則加害者である相手方)

○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	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 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	明・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	明・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	明・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	明・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。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
	事故時の状態			
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号	
交通事故証明書を入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。				
			令和	年
			月	日
(甲)	住所		印	電話() -
	氏名			

上記事故を目撃しました。				
			令和	年
			月	日
目撃者	住所		印	電話() -
	氏名			