

第三者行為による傷病届(国保用)

被保険者	フリガナ 氏名			生年月日 年 月 日		世帯主 との 続柄
	保険者番号	140137	被保険者証記号・番号	13 -		
負傷の日時 および場所	年 月 日		午前 午後	時 分頃	場所	
負傷の 原因	・自動車事故 ・バイク事故 ・自転車事故 ・歩行中 ・殴打 ・刺傷 ・その他()				負傷時 の 状況	1. 業務中 2. 私用中
傷病名			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 保険医療機関名	当初			転移後		
相手方	住所				職業	
	氏名	(年 月 日生)			電話	
相手方の 使用者	住所				職業	
	氏名				電話	
相手方 の 保 険 関 係	項 目	自 賠 責 保 険			任 意 保 険	
	契 約 会 社 名	保険株式会社 農業協同組合			保険株式会社 農業協同組合	
	契 約 者 住 所					
	契 約 者 氏 名					
	所 有 者 住 所					
	所 有 者 氏 名					
	登 録 番 号 (車 両 番 号)					
	車 台 番 号					
	証 明 書 (契 約) 番 号	第 号			第 号	
	担 当 者					
	連 絡 先					
損害賠償に関する 交渉の経過	示談成立の有無	有 ・ 無	示談日 (予定日)	年 月 日 成立 ・ 予定		
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおり届け出ます。 (宛先) 厚 木 市 長 年 月 日 世帯主 住所 氏名						
注 1 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。 2 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。 3 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。						

※宛名番号

人身事故証明書入手不能理由書

厚 木 市 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。)

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。	<ul style="list-style-type: none"> <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 <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 <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 <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。） 【理由】 _____ <input type="radio"/> 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、人身事故の事実には相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____		
<input type="radio"/> その他 ()	氏名： _____	(印)	
※ 該当する項目に○印をしてください	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
◆ その他・特記事項 (_____)		

【 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 時 分頃 天候			
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	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	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	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	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	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。

厚木市 御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

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、次の事項に同意します。

- 1 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等の写しを添付すること。
- 2 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。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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。

年 月 日

受診者(未成年の場合は世帯主)

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

(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、介護保険:介護保険法第21条第1項

(注2)国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、
高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第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。

誓約書

貴市の国民健康保険の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します。

1 この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において代位取得し、損害賠償金(保険給付)

の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。

2 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、

損害賠償に応じることを確約します。

(宛先) 厚 木 市 長

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

印

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
※ 当事者との関係			
連 帯 保 証 人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

