

第三者行為による傷病届

様式3号

第三者行為による傷病届

被害者氏名		国保 花子				
生年月日		明・大・ <input checked="" type="radio"/> 平 62年10月1日生 電話0000-66-7777				
① 保険の種類別		<input checked="" type="radio"/> 国保 ・ 退職者(本人・家族) ・ 後期高齢者医療				
被保険者証の(記号)番号		〇〇123456				
加害者	本人	住所	〇〇市〇〇町6-7			
	氏名	滋賀太郎				
使用者	住所	〇〇市〇〇町3-5			電話000-777-8888	
	氏名	〇〇商店				
事故の状況	発生日時	平成27年3月2日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 1時30分頃				
	事故の原因及び状況	相手車(滋賀太郎)は交差点の手前で減速したものの一旦停止をしなかった。このため、右方から交差点へ進入していた自転車(国保花子)の左側面中央部へ衝突した。				
診療関係	傷病名及び傷病の程度	頭部打撲・肋骨骨折等		〈治療までの見込み〉		
	初診日 (保険の使用開始日)	平成27年3月2日 (平成27年〇月〇日から)		入院	20日	
	通院	15日				
	費用	円				
保険医療機関	住所	〇〇市〇〇町8-9	名称	国保中央病院		
	住所	〇〇市〇〇町1-2	名称	国保整形外科		
③ 損害賠償関係		示談等の交渉状況				
		示談は、まだしていない				
自賠責保険	保険会社名		〇〇海上火災保険			
	保険契約者	住所	〇〇市〇〇町3-5	氏名	日本 三郎	
	保有者	住所	同上	氏名	同上	
	証明書の番号		000-2233	保険期間	平成26年5月2日～平成27年5月2日	
	車種	普通乗用車	車両番号 (登録番号)	滋賀99あ0123	車台番号	AB123-4444
	任意保険	<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 保険会社	住所	〇〇市〇〇町4-5-6	名称	〇〇海上火災保険 電話000-888-5678
		保険証券の番号	000000-6789	保険期間	平成26年5月10日～平成27年5月10日	

① 国保・退職者・後期高齢者医療の該当するところに○をつけてください。

② 「加害者」の「使用者」欄は、車が会社や法人のものであった場合、あるいは就業中の事故であったときに記入してください。

③ 「損害賠償関係」欄は、相手側(加害者)の加入している自賠責保険、任意保険の内容を記入してください。

上記のとおりお届けします。

平成〇〇年 〇月 〇日

住所 〇〇郡〇〇町大字〇〇34番地

市 町 長
〇〇 国保組合理事長 様
広域連合長

④ 氏名 国保 花子 (印)

④ 報告者名と押印を必ずしてください。

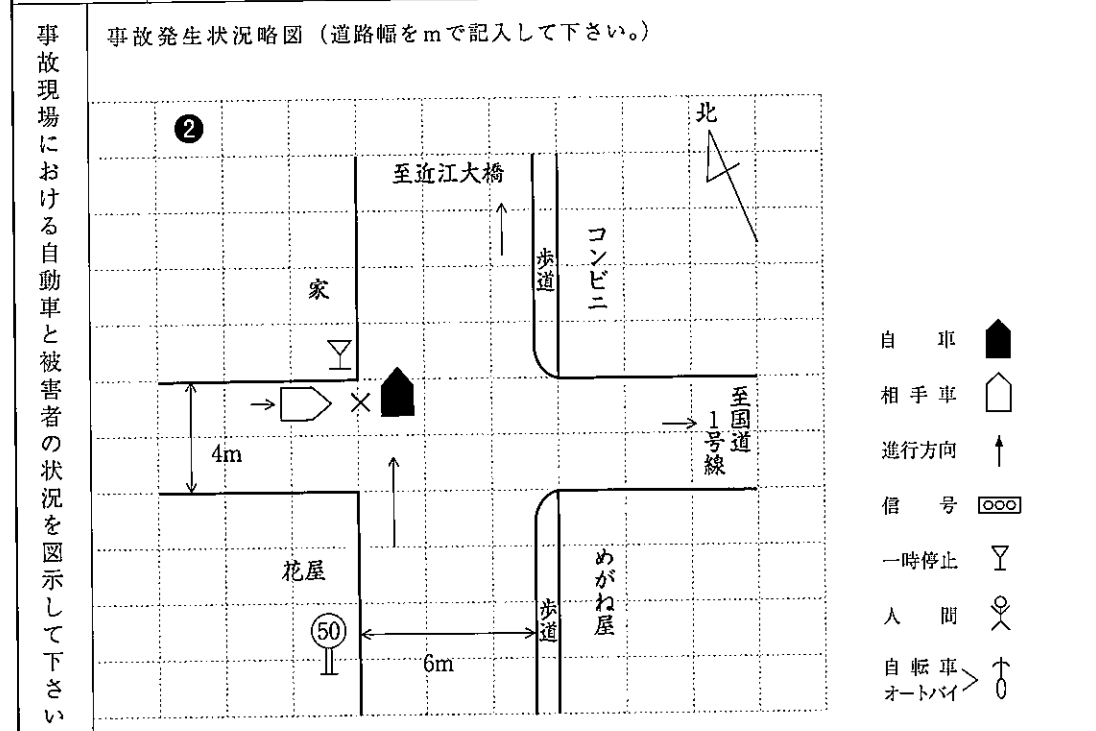
事故発生状況報告書

様式5号

事故発生状況報告書

事故の発生日	平成 27年 3月 2日 午前・ <u>午後</u> 1時 30分頃		
事故の発生場所	大津市〇〇町〇丁目12-3		
当事者	甲 (加害者運転者)	氏名	滋賀 太郎 電話 000-111-3333
	乙 (被害者)	氏名	国保 花子 電話 0000-66-7777 <input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗 <input type="checkbox"/> 歩行・その他
天候	晴・ <u>曇</u> ・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ <u>普通</u> ・閑散 明暗 <input checked="" type="checkbox"/> 昼間・夜間・明け方・夕方
① 道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	中央線 ある (白線・黄線) <input type="checkbox"/> ない	歩道 <input checked="" type="checkbox"/> ある (両・片) <input type="checkbox"/> ない
	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ・ <u>平坦</u> ・坂	見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い・悪い	積雪路・凍結路
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている <input checked="" type="checkbox"/> されていない	<input checked="" type="checkbox"/> 標識 一旦停止 (甲側・乙側) その他 ()
速度	甲車両 20km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両 40km/h (制限速度 50km/h)		

① 「道路状況」欄等は、該当する事故時の状況に○をつけてください。



② できるだけ詳しく図示して下さい。(道路幅員、車両速度、周囲の状況等)

上記図の説明を
書いて下さい

相手車 (滋賀太郎) は交差点の手前で減速したものの一時停止をしなかった。このため、右方から交差点へ進入していた自車 (国保花子) の左側面中央部へ衝突した。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成〇〇年 〇月 〇日

報告者

甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

③

国保 花子 (印)

③ 報告者名と押印を必ずして下さい。

念 書

様式 6 号

念 書 (被害者側)

私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法及び高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること。
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、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
4. 上記のほか、私が受けた保険給付について、市町（国保組合）及び後期高齢者医療広域連合が加害者（保険会社等）へ損害賠償請求を行うにあたって、保険給付にかかる明細書（診療報酬明細書等）を提出すること及び保険会社等から情報の提供を受けることに同意します。

平成〇〇年 〇月 〇日

住 所 〇〇郡〇〇町大字〇〇34番地

① 氏 名 国保 花子 (印)

市 町
〇〇 国保組合理事 長 様
広 域 連 合

記

事故発生年月日	平成 27 年 3 月 2 日		
加 害 者 (運 転 者)	氏 名	滋 賀 太 郎	
被 害 者 (被 保 険 者)	氏 名		誓約者との関係

(注) 被害者（被保険者）欄は誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入して下さい。

① 未成年者の場合、親権者（監督義務者）が押印してください。

誓 約 書

様式16号

誓 約 書 (加害者側)

貴市町 (国保組合) の国民健康保険又は後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療にかかる下記被保険者の保険給付は、私の行為 (交通事故) に基づくものですので、法律上の責任の範囲において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及び後期高齢者医療の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の支払に充てるため私が加入する保険会社 (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。

平成〇〇年 〇月 〇日

① 誓約者 住 所 〇〇市〇〇町6-7
氏 名 滋 賀 太 郎 (印)

② 保証人 住 所 〇〇市〇〇町3-5
氏 名 日 本 三 郎 (印)

〇〇市 〇〇町
国保組合理事 長 様
広 域 連 合

記

① 未成年者の場合、親権者 (監督義務者) が押印してください。

② 保証人は原則として、生計を共にしていない第三者に記入してもらいますが、あなたが雇われ人の立場にある場合 (勤務中の事故等) は、雇い主が記入してください。

事故発生年月日	平成 27 年 3 月 2 日		
保 有 者	住 所	〇〇市〇〇町3-5	
	氏 名	日 本 三 郎	証明書番号 000-2233
加 害 者 (運 転 者)	氏 名		誓約者との関係
被 害 者 (被 保 険 者)	氏 名	国 保 花 子	

(注) 加害者 (運転者) 欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

交通事故証明書

住所 ○○市○○町8-12

申請者

氏名 近 畿 八 郎

① 交通事故証明書

① 申請書は、安全運転センターの窓口、又は最寄りの警察署、駐在所、損保会社、農協等にありますので、交付手数料(平成27年4月現在、540円)を添えて事故証明書をとり寄せてください。

④ 照会記録簿の種別 本人・代理人

事故照会番号	大津署 第1234号											
発生日時	平成27年 3月 2日 午後1時 30分 ころ											
発生場所	滋賀県 大津市○○町○丁目12-3											
甲	住所	滋賀県 ○○市○○町6-7	備考									
	フリガナ氏名	シ ガ タ ロウ 激 賀 太 郎	生年月日	昭和27年6月1日 (62歳)								
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	滋賀 99あ0123								
	自賠責保険関係	有り ○○海上火災保険	証明書番号	000-2233								
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名) ・歩行・その他										
乙	住所	滋賀県 ○○郡○○町大字○○34番地	備考									
	フリガナ氏名	コ ク ホ ハ ナ コ 国 保 花 子	生年月日	昭和62年10月1日 (27歳)								
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号	滋賀 98い4567								
	自賠責保険関係	有り ○○損害保険	証明書番号	89-0011								
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名) ・歩行・その他										
事故類型	車 両 相 互					車 両 単 独					踏切	不・調査明中
	人対車両	正面衝突	側面衝突	○ 出っ合い頭突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路外逸脱	衝 突		
② 上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 平成 27 年 ○ 月 ○ 日 ③ 自動車安全運転センター 滋賀県事務所長 印												
証明番号	33333				④ 照会記録簿の種別	人身事故						

② 内容に誤りがあった場合は、管轄地の警察署へ訂正を依頼してください。

③ 自動車安全運転センターが発行している交通事故証明書の「原本」、又は「原本照合したもの」を取り寄せてください。ただし、任意一括保険では、「写し」でも結構です。

④ 交通事故証明書が物件事故扱いになっている場合は、別に「人身事故入手不能理由書」が必要となりますので、市町役場(国保組合)の担当係または滋賀県国保連合会の求償係へお問い合わせの上、提出してください。