

第三者行為による被害届等の必要書類

1 第三者行為による被害届

交通事故等により国保を利用する場合に提出します。

本人確認書類と個人番号の確認書類を用意できない場合は、個人番号の欄の記入はしないでください。

2 事故発生状況報告書

過失割合を算定する場合に重要となるためできるだけ詳細に記入してください。

3 同意書

市の損害賠償請求権を確保するものです。(被害者側が記入)

4 誓約書

市の損害賠償請求権を確保するものです。(加害者側が記入)

5 交通事故証明書

警察に事故の届出をし、自動車安全運転センターに申請することで交付される証明書です。

6 人身事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書の右下、照合記録簿の種別欄(人身事故・物件事故)をご確認ください。

物件事故に○がついていた場合は提出をお願いいたします。

7 治癒報告書

治癒または症状固定した時点で提出してください。

8 世帯主の方の本人確認書類の写し

顔写真付きの本人確認書類(運転免許証やパスポートなど)の場合は1点の写し、顔写真付きでない本人確認書類(保険証や年金手帳など)の場合は2点の写しを提出してください。

9 被害者の方及び世帯主の方の個人番号の確認書類の写し

10 その他

保険会社の担当者の名刺や連絡先等がありましたら、提出してください。

※ ボールペンでの記入をお願いします。

※ 記入等でご不明な点がありましたら、下記担当者までご連絡ください。

提出先: 〒204-8511

東京都清瀬市中里五丁目842番地

清瀬市生涯健幸部保険年金課国保係

電 話: 042-492-5111(代表) 内線1211

042-497-2047(直通)

第三者行為による被害届

被害者	記号	44-	番号		保険の種類	一般 退職(本・扶)	個人番号												
	氏名					生年月日			世帯主との続柄			電話							
加害者	住所					加害者の使用者	住所					氏名					生年月日		
	氏名						氏名					氏名					生年月日		
	電話						職業					電話					職業		
負傷の日時及び場所		日時					頃			場所									
発病の原因又は負傷時の状況																			
負傷の程度	疾病又は							治療までの見込み			通院入院			診療費総額			日		
		国保による診療						<input type="checkbox"/> 平成・令和		年			月			日からしている	<input type="checkbox"/> していない		
医療機関名	診療を受けた当初	名称					転医後	名称											
		所在地						所在地											
		電話						電話											
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名							証明書番号			第			号					
	契約者住所							契約者氏名											
	所有者住所							所有者氏名											
	登録番号又は車両番号							車台番号											
	任意保険(対人)の有無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		任意保険電話担当者名												
	任意保険会社名																		
任意保険住所	〒																		
損害賠償に関する交渉の経過		届け出時点での示談の成立の有無				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		示談書の写しの添付				<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無			
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お届けします。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号																			
清瀬市長 殿 印																			

- 注) 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
 3 自動車のひ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。
 4 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。

事故発生状況報告書

証明 番号	第	号	甲 (加害 運転者)	氏名 (電話)			
の自 番号 車			乙 (被害者)	氏名 (電話)		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(両 ・ 片) ある ない		直線 ・ カーブ		
	平坦 ・ 坂		見通し 良い 悪い		積雪路 ・ 凍結路		
信号 標識	信号 ある ない		駐停車禁止 されている されていない		その他の標識		
速度	甲車両 km/h (制限速度		km/h) 乙車両		km/h (制限速度		km/h)
事故現場における自動車と被害者の状況を図示して下さい。	<p>事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>自車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車・オートバイ </p> </div>						
上記図の説明を 書いて下さい。	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>						

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。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名
 乙との関係()



国及び

清瀬市

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又は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に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還す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

受診者（未成年の場合は親権者等）

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、損害賠償金の徴収又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

(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過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。

2 上記1の支払いに充てるため _____ 保険株式会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(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

住所

氏名



清瀬市長 殿

記

被害者住所	
被害者氏名	
保有者住所	
保有者氏名	
加害者住所	
加害者氏名	
自賠責(共済) 証明書番号	
※被保険者・加入者 と誓約者との関係	

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入して下さい。

(備考欄)

.....

.....

.....

治 癒 報 告 書

令和 年 月 日

清瀬市長 殿

被保険者氏名

第三者行為（交通事故等）による負傷により、被保険者証を使用して
治療していましたが、下記のとおり治癒したので、報告します。

記

事故発生年月日 平成 ・ 令和 年 月 日

治癒年月日 平成 ・ 令和

傷病名 ()

最終医療機関名 ()

注 治癒とは、完全治癒のみでなく、症状固定の状態になったときも含みます。

報告者 (印)

被保険者との関係 ()

連絡先電話番号

【提出先】

〒204 - 8511

東京都清瀬市中里五丁目842番地

清瀬市役所生涯健幸部保険年金課国保係 第三者行為求償担当 あて

042-492-5111 (代表) 内線1211

042-497-2047 (直通)