

第三者行為による傷病届

記入例

被害者	記号	44-00	番号	1234	保険の種類	退職(本・扶)	一般	個人番号	012345678901				
	氏名	きよせ たらう 清瀬 太郎(受診者名)			生年月日	昭和40年1月1日		世帯主との続柄	本人	電話	090-1234-5678		
加害者	住所	〇〇市〇〇町1-2-3 マンション名				加害者の使用者	住所	〇〇区〇〇町4-5-6 〇〇ビル 株式会社〇〇					
	氏名	まるまる はなこ 〇〇 花子(第三者)			生年月日		昭和50年2月2日		氏名	だいひょうとりしまり 代表取締役 社長			※加害者が業務中の事故の場合は記入
	電話	080-0000-0000			職業		会社員		電話	0120-1111-1111		職業	
負傷の日時及び場所	日時	令和3年4月1日		頃	午前 9時30分		場所	〇〇市〇〇町3-2-1 付近の国道〇〇号					
発病の原因又は負傷時の状況	交通事故によるもの(信号のある交差点で右折してくる対向車に衝突された)												
負傷の程度	疾病又は負傷の程度	大腿骨骨折				治療までの見込み	不明なときは空欄		通院入院診療費総額	90 日 円			
	診療を受けた	名称	△△△総合病院			名称	△△△クリニック						
診療を受けた	所在地	△△△市〇〇町1-2-3			所在地	△△△市〇〇町5-6-7							
診療を受けた	電話	0123-456-7890			電話	1234-567-8900							
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約会社名	〇〇損害保険株式会社				証明書番号	第 A09876543 号						
	契約者住所	〇〇市〇〇町1-2-3 マンション名				契約者氏名	〇〇 花子						
	所有者住所	〇〇市〇〇町1-2-3 マンション名				所有者氏名	〇〇 花子						
	登録番号又は車両番号	多摩5〇〇 あ△△-□□				車台番号	AB-97-7654321						
	任意保険(対人)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				任意保険電話者名	〇〇サービスセンター 担当 ☆☆ 電話 03-1234-4567						
任意保険会社名	☆☆損害保険会社				任意保険住所	〒123-4567 東京都〇〇区☆☆町1-2							
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 checked="" type="checkbox"/> 無 示談書の写しの添付 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 例: 医療費は自分で負担した。治療終了後に加害者側の任意保険会社と交渉する予定												
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お届けします。 令和 3 年 4 月 15 日													
すみやかに届け出をお願いします													
世帯主 住所 清瀬市〇〇-〇〇〇〇													
氏名 清瀬 太郎													
書類が揃わないときは空欄 個人番号 〇 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1													
清瀬市長 殿													

- 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

記入例

証明書 番号	第 A09876543 号	当事者	甲 (加害 運転者)	氏名 〇〇 花子(第三者) (電話) 080-0000-0000	
	の自動車 番号		多摩5〇〇 あ△△-□□	乙 (被害者)	氏名 清瀬 太郎(受診者名) (電話) 090-1234-5678
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 30 km/h (制限速度	km/h)	乙車両 10 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图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)				
上記図の説明を書いて下さい。	<p>信号のある交差点で、乙(被害者)が自転車にて直進していたところ、甲(加害者)の自動車が右折してきて自転車の前輪にぶつかり、乙が転倒した。</p>				
	<p>※信号や一時停止があるかどうか。また、交差点への進入時の信号の色や一時停止をしたかどうかわかるように書いてください。</p>				

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 3 年 4 月 15 日

報告者 甲との関係() 氏名
乙との関係(**本人**)

清瀬 太郎

清瀬
印

誓約書

(加害者側)

記入例

被害者の治療費(自己負担分)を被害者が加害者側に請求する(している)場合のみ提出してください。この用紙は加害者側がお書きください。

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 ☆☆損害 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 3 年 〇 月 〇 日

損害保険会社が直接対応される場合はご担当者様名まで記入してください。

損害保険の対応がない場合は国民健康保険からの請求に応じる方がお書きください。

住所

〒123-4567
東京都〇〇区☆☆町1-2 ☆☆損害保険ビル

氏名

☆☆損害保険株式会社
〇〇サービスセンター 担当 ☆☆
電話 03-1234-4567

印

記

被害者住所	清瀬市〇〇-〇〇〇〇
被害者氏名	清瀬 太郎(受診者名)
保有者住所	事故を起こした車両の保有者が、業務用車両など加害者本人と異なる場合は記入してください。
保有者氏名	
加害者住所	〇〇市〇〇町1-2-3 マンション名
加害者氏名	〇〇 花子(第三者)
自賠責(共済) 証明書番号	第 A09876543 号
※被保険者・加入者と誓約者との関係	損害保険会社

※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)

同意書

この用紙は国民健康保険を使う(使った)被害者(国民健康保険加入者)側がお書きください。

私が加害者 (〇〇花子) 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を行う際、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 3 年 4 月 15 日

受診者(未成年の場合は親権者等)

住所 清瀬市〇〇-〇〇〇〇

氏名 清瀬 太郎

清瀬
(印)

(注1) 根拠法令:国民健康保険法第64条1項

(注2) 国民健康保険は、国民健康保険法第64条3項に基づき、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。

人身事故証明書入手不能理由書

この用紙は、

①加害者(甲)側が自賠償保険に加入しており、かつ交通事故証明書(人身事故)がない場合
または、②事故を「物損」で届け出た場合に提出してください。

■ 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。	<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 checked="" 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	飯田橋 警察 ×× 担当官 (判明している場合)
届出年月日	30 年 4 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 checked="" type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他() ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 000-0000 記入日 30 年 4 月 ○ 日 _____ ○〇市○〇町1-2-3 マンション名 氏名 ○〇花子 電話 080 (0000) 0000 _____ _____

(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) 該当する口のすべてに✓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

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()	

ここは記入不要

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

記入例

○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		30年 4月 1日 午前 9時 30分頃 天候 晴れ		
発生場所		□□市□□町3-2-1 付近の国道		
当事者	甲	住所	□□市□□町1-2-3 マンション名 電話 (080) 0000 - 0000	
		氏名	□□花子	生年月日 明・大 昭 ・平 50年2月2日(43)才
		自賠責保険契約先	☆☆損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号 第 A09876543 号
		登録番号	多摩500 あ△△-□□	事故時の状況 運転 ・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	清瀬市□□-□□□□ 電話 (090) 1234 - 5678	
		氏名	清瀬太郎	生年月日 明・大 昭 ・平 40年1月1日(53)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 年月日()才 昭・平
		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 年月日()才 昭・平
		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 年月日()才 昭・平	
	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。

記入例

治癒報告書

令和 3 年 10 月 15 日

清瀬市長 殿

被保険者氏名 清瀬 太郎

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 30 年 4 月 1 日

治癒年月日 平成 30 年 9 月 30 日

傷病名 (大腿骨骨折)

最終医療機関名 (○○整形外科)

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まれます。

報告者 清瀬 太郎



被保険者との関係 (本人)

連絡先電話番号 090-1234-5678

【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)