









第三者の行為による被害届

被 保 険 者	個人番号	国保		退本	退被	後期	介護	保険者番号		
	被保険者証の記号番号	フリガナ氏名		明・大・昭・平 年 月 日生				世帯主と続柄		
第 三 者	住所	フリガナ氏名		明・大・昭・平 年 月 日生				職業	TEL	
第 三 者 の 使 用 者	住所	フリガナ氏名		明・大・昭・平 年 月 日生				職業	TEL	
負 傷 の 日 時	平成 年 月 日		午前 午後	時 分頃						
負 傷 の 場 所										
発病の原因又は負傷時の状況										
疾病又は負傷の程度					治ゆまでの見込	入院 通院 診療費総額	日 日 円			
	国保・後期・介護による診療			平成 年 月 日からしている。						
診療を受けた保険医療機関名	当初					転医後				
自 動 車 事 故 の 場 合 の 第 三 者 の 自 動 車 等	自賠償保険契約会社（共済）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（対人）保険会社（共済）名					証券番号				
	保険契約者住所					保険契約者氏名				
損害賠償に関する交渉の経過										
上記のとおりお届けします。										
平成 年 月 日										
住所										
様 氏名 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、詳細に例えば〇年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、示談書の写しを提出してください。 3. 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。 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。 5. 自賠償保険関係・任意（対人）保険関係は自動車損害賠償責任保険（共済）証明書・自動車保険証券（自動車共済証書）から記入してください。									

事故発生状況報告書 (被保険者用)

被保険者 (乙)	氏名 (電話)	⑩ 該当を○で囲んでください 運転・同乗 (車) 歩行・その他 ()	第三者 (甲)	氏名 (電話)				
速度	甲車 km/h (制限速度)	km/h	乙車・その他	km/h (制限速度)	km/h			
事 故 の 概 略	囲 該 当 を ○ で 囲 ん で く だ さ い	天気	晴・曇・雨・雪・霧	交通の状況	混雑・普通・閑散	お酒	(甲) 飲んでいた・飲んでいない (乙) 飲んでいた・飲んでいない	
		道路の状況	直線・平坦・カーブ・坂		歩道 (両・片)	ある ない	見通し	良い 悪い
		信号機 又は標識	信号	ある ない	駐停車禁止	ある ない	横断禁止	ある ない
事故発生現場の見取図 (概略：道路幅をmで御記入ください。)								
甲の車  甲以外の車  進行方向  信号  一時停止  横断歩道  人間  自転車 オートバイ 								
事故の状況 (事故の原因、過失の有無などできるだけ詳しく御記入ください。)								
第三者 (甲) の車以外の車について判明している場合は、御記入ください。								
自動車の番号				運転者名	TEL			
保有者住所				氏名	TEL			
示談の状況 [該当番号を○で 囲んでください。]		1. 成立している 2. 成立していない 3. 交渉中 (成立した場合は、直ちに御連絡ください。)						
第三者 (甲) の住所				氏名	TEL			
第三者 (甲) の勤務先				TEL				

事故発生状況報告書 (第三者用)

第三者 (甲)	氏名 (電話)	㊦ 該当を○で囲んでください 運転・同乗 (車) 歩行・その他 ()	被保険者 (乙)	氏名 (電話)																			
速度	甲車 km/h (制限速度)	km/h	乙車・その他	km/h (制限速度)	km/h																		
事 故 の 概 略	当該を○で 囲んでください	天気	晴・曇・雨・雪・霧	交通の状況	混雑・普通・閑散	お酒	(甲) 飲んでいた・飲んでいない (乙) 飲んでいた・飲んでいない																
		道路の状況	直線・平坦・カーブ・坂		歩道(両・片)	ある ない	見通し	良い 悪い															
		信号機 又は標識	信号	ある ない	駐停車禁止	ある ない	横断禁止	ある ない	その他の標識														
事故発生現場の見取図 (概略：道路幅をmで御記入ください。)																							
<table style="border: none;"> <tr><td>甲の車</td><td></td></tr> <tr><td>甲以外の車</td><td></td></tr> <tr><td>進行方向</td><td></td></tr> <tr><td>信号</td><td></td></tr> <tr><td>一時停止</td><td></td></tr> <tr><td>横断歩道</td><td></td></tr> <tr><td>人間</td><td></td></tr> <tr><td>自転車 オートバイ</td><td></td></tr> </table>								甲の車		甲以外の車		進行方向		信号		一時停止		横断歩道		人間		自転車 オートバイ	
甲の車																							
甲以外の車																							
進行方向																							
信号																							
一時停止																							
横断歩道																							
人間																							
自転車 オートバイ																							
事故の状況 (事故の原因、過失の有無などできるだけ詳しく御記入ください。)																							
第三者 (甲) の車以外の車について判明している場合は、御記入ください。																							
自動車の番号					運転者名	TEL																	
保有者住所					氏名																		
示談の状況 [該当番号を○で 囲んでください。]		1. 成立している 2. 成立していない 3. 交渉中 (成立した場合は、直ちに御連絡ください。)																					
保険会社 (共済) 担当者				所属部課名		TEL																	
				氏名																			

念 書

平成 年 月 日 (^{場所}) において (^{第三者名}) の不法行為

により (^{被保険者名}) の被った負傷について 国民健康保険法 保険
高齢者医療確保法 による 医療 給付を受けた場合は、
介護保険法 介護

私が第三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
高齢者医療確保法 第58条第1項 の規定によって貴保険者が
介護保険法 第21条第1項

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に異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて下記の1、2及び3については遵守することを誓約し、4については同意します。

記

- 1 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もってその内容を保険者へ申し出ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者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、かつ遅滞なく保険者へ届け出ること。
- 4 本件事故に係る損害賠償請求権行使のために必要な診療状況、その他私に関する一切の個人情報を、保険者及び保険者から委託を受けている山口県国民健康保険団体連合会が取得、利用することに同意します。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

様

誓 約 書

国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付
貴の 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付 は、私の不法行為によ
介 護 保 険 の 下 記 被 保 険 者 が 受 け た 介 護 給 付

る部分がありますので、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（医療、介護）給付額確定時に損害賠償を貴殿又は貴殿の指定した者に支払うこと。

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
後期高齢者医療給付分 に限り、何人に
介 護 保 険 給 付 分
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 損害保険会社又は共済 に対して有する自
動車損害賠償責任保険(共済)及び自動車保険(共済)等から受けるべき保険金(共済
金)中、保険(医療、介護)給付額を限度として、貴殿が受領することを承認します。

平成 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
第 三 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) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入のこと。

人身事故証明書入手不能理由書

行

■ 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>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数の該当する場合は、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; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</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; padding: 5px;">【理由】</div>		
◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載して下さい。			
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。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>電話 () _____</p>

(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、または目撃者の方をご記入ください。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、または目撃者の方をご記入ください。

(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：平成 _____ 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	午前 午後	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	年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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	年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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	年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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	年 月 日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 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	年 月 日()才	
	自賠償保険契約先	自賠償保険 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。