

## 第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証 の記号番号		被保険者名		世帯主と	
	マイナンバー		(被害者名)	年 月 日生	の続柄	
第三者	住所		氏名	年 月 日生	職業	Tel
第三者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	Tel
負傷の日時 及び場所	年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後					
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 見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 万円
	国保による診療		年 月 日から受療している、していない			
診療を受けた 療養取扱機関名	当初		転移後			
自動車 事故の 自動車	自賠責保険 契約会社名			証明書番号		
	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	有 ( ) 無				
損害賠償に関 する交渉の経過	担当 (Tel)					
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名 ⑩ 電話番号 マイナンバー</p> <p>山鹿市長 様</p>						

- 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、  
附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。

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗・歩行・その他 { 甲車 甲車以外の車													
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h	甲車以外の車	km/h (制限速度	km/h)													
状況を示して下さい。 事故現場における自動車と被害者の	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)																		
	<table style="border: none;"> <tr> <td>甲車</td> <td></td> </tr> <tr> <td>甲車以外の車</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>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>自転車 } オートバイ }</td> <td></td> </tr> </table>						甲車		甲車以外の車		進行方向		信号		一時停止		人		自転車 } オートバイ }
甲車																			
甲車以外の車																			
進行方向																			
信号																			
一時停止																			
人																			
自転車 } オートバイ }																			
書いて下さい。	上記図の説明を																		

甲車以外の車について判明している場合にご記入下さい。

自動車の番号		運転者氏名	
保有者	〒 住所	氏名	(TEL)

令和      年      月      日

甲との関係 (                      )      氏名                                      印  
 報告者  
 乙との関係 (                      )      氏名                                      印

# 念 書

年 月 日 \_\_\_\_\_ において \_\_\_\_\_ の  
不法行為により \_\_\_\_\_ の被った保険事故について、国民健康保険法  
による保険給付を受けた場合は、私が加害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項の規定によって保険者が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ありません。

なお、併せて、次の1から3までについては遵守することを誓約し、4及び  
5については同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申  
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、遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを、熊本県国民健康保険  
団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、熊本県国民健康保険団体  
連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

市町村長

国保組合理事長

様

人身事故証明書入手不能理由書

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教えてください。

(人身事故扱いの交通事故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	<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。)
※ 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。	理由
	理由
◆ 警察へ、事故発生届を出している場合には、以下に記載してください。	
届出警察	警察 担当官 届出年月日

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 〒 _____ 記入日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____
<input type="radio"/> その他 ( )	氏名 _____
※該当する項目に○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	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。