

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 記号番号		被保険者名 (被害者)	年 月 日生	世帯主と の続柄		
第三者 (加害者)	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話	
事故発生 日時及び場所		平成 年 月 日		午前 時 分頃 場所		午後	
事故発生の 原因及び 状況							
傷病及び 負傷の程度					治ゆまでの 見込み	全治 月 日	
保険医療 機関等名		当初		転医後			
自動車 事故の 場合の 加害自動車	自 賠 責	会社名 (共済名)		証 明 書 番 号			
		保険期間	年 月 日 ~ 月 日	登 録 番 号 (プレートナンバー)			
	保 険	契 約 者 住 所		氏 名			
		所 有 者 住 所		氏 名			
	任 意 保 険	会社名 (共済名)		担当者 氏 名		電話	
		証券番号 (契約番号)		保 険 期 間	年 月 日 ~ 月 日		
契 約 者 住 所			氏 名				
示 談 の 有 無	有	無	交渉経過				
<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通りお届けします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p>酒田市長 あて</p>							

(注) 1. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付添の費用はどちらで負担する等を記し、示談が成立した時は示談書写を添付して下さい。

2. 届出日現在で不明事項については、空白のまま提出してください。なお、判明次第、国保年金課国保係又は各総合支所窓口へ連絡してください。

(国保年金課確認欄)












警察への届出 人身事故 ・ 物損事故

自賠責保険対応のとき 人身傷害保険 有 ・ 無

任意保険対応のとき 任意一括 有 ・ 無

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(甲車の運転者)	氏名		乙(被害者)	氏名		運転・同乗 { 甲 車 甲車以外の車 } 歩行・その他													
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)														
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)																		
	<table style="margin-left: auto;"> <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 間</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 間		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 間																			
自 転 車 オートバイ																			
上記の説明を																			

甲車以外の車についておわかりの場合は下欄にご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	〒 住所		氏名 (電話)

平成 年 月 日

甲との関係 ()

乙との関係 ()

氏名 _____ 印

念 書

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 項の規定により、保険給付額の限度において貴殿が第三者（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、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 保健給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）を貴殿が優先して受領されること。
2. 第三者（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。
3. 第三者（加害者）に白紙委任状を渡さないこと。
4. 第三者（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。
5. 貴殿が、受診した保険医療機関及び損害賠償請求すべき損害保険会社等に対して傷病名、病状、治療内容、検査結果、既往症などを照会して回答を受けること。
6. 貴殿が、損害賠償請求すべき第三者（加害者及び損害保険会社等）に対して、次の書類を提出し損害賠償請求すること。
 - (1) 交通事故証明書
 - (2) 事故発生状況報告書
 - (3) 念書
 - (4) 診療報酬明細書
 - (5) その他損害賠償請求に関して必要な書類

平成 年 月 日

住所

氏名

⑩

酒 田 市 長 あて

記

事故発生年月日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃			
事故発生場所				
第 三 者 (加 害 者)	住所			
	氏名			
被 害 者 (被 保 険 者)	住所	※		
	氏名	※	申立人との関係	※

(注) ※印欄は申立人と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

誓約書 (第三者側その1)

酒田市国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私との交通事故による第三者行為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損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは、国民健康保険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。

平成 年 月 日

誓約者 住所
氏名 ㊟

保証人 住所
氏名 ㊟

酒 田 市 長 あて

記

保 有 者	住所			
	氏名		証 明 書 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してください。