

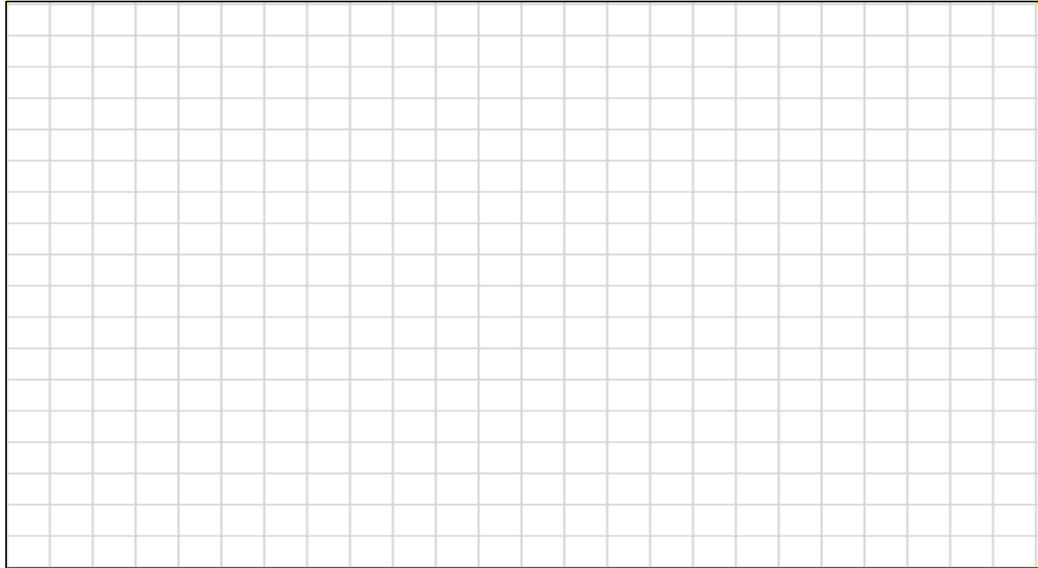







第三者行為による被害届

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 の続柄	
	個人番号					
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 令和					
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 保 険	任 意 保 険	会社名 (共済名)	担当者 氏名	電話
		会社名 (共済名)	証明書 番号			
		保険期間	登録番号 (プレートナンバー)			
		年 月 日 ~ 月 日	車台番号			
		契約者 住所	氏名			
		所有者 住所	氏名			
		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			
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。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 酒田市長 宛						

- (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

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (加害者)	氏名				
自動車の 登録番号				乙 (被害者)	氏名				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・していない) ・ 歩道：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い) 中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)								
信号又は標識	信号：(ある・ない) ・ 自転車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青・赤・黄) 駐停車禁止：(されている・されていない) ・ その他標識：()								
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 状況 図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)								
									自 車(乙)  相手車(甲)  進行方向  信 号  一時停止  人  自 転 車 バ イ ク 
事故発生 の状況 (経緯)									
被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他 ()							
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () <small>(パート・アルバイト含む)</small>							
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が 加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無							

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

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、次の事項に同意します。

- 1 保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を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の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領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。
- 3 保険者が医療機関に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の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。

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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

（印）

※署名又は記名押印

（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、介護保険：介護保険法第21条第1項

（注2）国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収また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

貴殿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。

年 月 日

誓約者 住所
氏名 ㊟

保証人 住所
氏名 ㊟

市町村長 殿
国民健康保険組合理事長 殿

記

事故発生年月日				
事故発生場所				
加害者 (第三者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と異なる場合のみ記入してください。