

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故)

世帯主について記入

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

○国民健康保険に加入されている方（ご連絡を頂いた方）を「被害者」とし、相手方を「加害者」とします。

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

被保険者番号		国民健康保険の記号・番号			
被保険者 (被害者)	フリガナ	国保を使用して、 治療される方	生年月日	年 月 日 ( 歳)	
	氏名		職業		
事故の内容	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発生場所	不明の場合、「交通事故証明書」を参照			
	事故原因と状況				
	警察署への届	届出済・未届	届出所轄署	警察署	
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )		
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )			
第三者 (加害者)	住所	相手側(加害者側)について記入 電話			
	フリガナ 氏名	年齢	歳	職業	
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )			
被害者 関係	住所 (所在地)	事故車両の持ち主が加害者と異なる場合に記入 電話			
	名称				
	代表者				
	所有者 使用者 契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他 ( )			

## 記載例

様式1

国保

(その2)

## 第三者の行為による傷病届 (交通事故)

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社等の 名称		共済 証明書番号 保険		相手方の自賠責保険書のコピーを 受け取り、参照して記入			
	共済 保険 契約者	住所	電話					
		フリガナ 氏名	共済 期間 保険	自 至	年 年	月 月	日 日	
	加害自動車		車種	車両番号	車台 番号			
共済 任意 保険 (対人)の有無		保険株式(相互)会社・農業協同組合 有【相手方の任意保険の加入の有無について記入】・無						
治 療 関 係	保険給付の 開始日	国保による診療 年 月 日からしている						
	医療機関の 所在地・名称	国保使用して治療している場合、その状況を記入 診療機関が未定の場合は空欄のまま可						
	診療の期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで				
示 談	示談が成立した( 年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定( 月ごろ)・裁判の見込							
損害賠償金を 受領した場合		名 目	金額又は品名		受領年月日			

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの) 1部
- 事故発生状況報告書 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連絡先	保険年金 課国民健康保険 係	担当者( 高野 )
		電話( 047-445-1204 )

○被害者（国保使用者）が記入

# 念書

事故日

年 月 日 \_\_\_\_\_（事故発生場所） において

（相手方の氏名） の不法行為により （被害者の氏名） 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のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、取得、利用、または提供することに同意します。

年 月 日

被害者

住 所

氏 名

印

※署名又は記名・押印

鎌ヶ谷市長 様

（注）被保険者が未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

# 記載例

※相手方（加害者）に  
記入してもらってください。

様式3

国保用

## 誓約書（交通事故）

貴（市・町・村・組合）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損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 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に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため \_\_\_\_\_ 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（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。

加害者

年 月 日

誓約者 住 所

氏 名 ⑩

保証人 住 所

氏 名 ⑩

任意保険加入者は、  
その担当者に保証人になっ  
てもらってください。

様  
記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 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			

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※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。

# 記載例

## 事故発生状況報告書（交通事故）

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 加害者 (第三者)	氏名	(加害者名)	乙 被害者 (被保険者)	氏名	(被害者名)	運転・同乗 歩行・その他	甲 車 甲車以外 の車			
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 (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						
信号又は標識	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)					
事故発生状況を図示してください。	事故発生状況略図 (道路巾をmで記入してください。)									
	<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 50%; left: 50%; transform: translate(-50%, -50%); color: red; font-weight: bold;">なるべく詳しく記入して下さい</div> <div style="position: absolute; top: 10%; right: 10%; border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; color: red;">相手方 (加害者)側</div> </div>									
								甲 車		▲
								甲車以外の車		□
								進行方向		↑
								信号		⊞
								一時停止		⏸
								一方通行		→
								人		人
								自転車		↑
								オートバイ		↑
上記図の説明を 書いて下さい。										

分かる範囲で結構ですので、必ず記入して下さい。

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : 報告製作者の氏名 印

※署名又は記名・押印

# 記載例

## 人身事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書がない、  
または交通事故証明書が物損  
事故である方はご記入下さい。

保険会社 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><b>理由</b></p> <p>※ 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。</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>		
<p>◆ 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。</p>			
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					
	乙	住所	電話 ( )						
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	( )	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 昭・平	年	月	日	( )	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					
	丁	住所	電話 ( )						
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	( )	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					
戊	住所	電話 ( )							
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日	( )	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						

※ 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。