

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

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							
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ				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						
	事 故 原 因 と 状 況						
	警 察 署 等 へ の 届	届出済・未届	届出所轄署・保健所	警察署・保健所			
	事 故 の 区 分	けんか・ペットの噛みつき・食中毒・施設での事故 その他 ()					
第 三 者 (加 害 者)	加 害 者	住 所	電話				
		フリガナ 氏 名	年齢	歳	職業		
	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()					
第 三 者 (加 害 者) 関 係	監 督 責 任 者	住 所 (所 在 地)	電話				
		名 称					
	使 用 者 所 有 者	代 表 者					
		加害者との関係	使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ()				

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

第三者(加害者)の賠償責任 保険・共済関係	保険会社等の名称		加入の有無	有・無
	保 険 期 間	年 月 日	電 話	
		年 月 日	担 当	
契 約 者 名		証 券 号 番		
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			
	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. 次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 事故発生状況報告書(交通事故以外) 1部
- 被害届受理番号自認書又は、咬傷届出書等の写し(必要に応じて事故を証明する書類) 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	担当者 ()
		電 話 (047-445-1204)

誓 約 書 (交通事故以外)

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 損害賠償金について約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ること。
- 3 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も
対しても示談の効力を主張しないこと。
- 4 事故の原因や状況等の確認・調査に協力すること。

年 月 日

誓約者	住 所	
	氏 名	ⓐ
保証人	住 所	
	氏 名	ⓐ

鎌ヶ谷市長 様

記

加 害 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。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

事故発生状況報告書（交通事故以外）

加害者 (第三者)		被害者 (被保険者)	
事故	けんか ・ ペットの噛みつき ・ 施設での事故 その他 ()		
※事故の原因と状況をできる限り詳しく書いてください。			
※上記説明の図を書いてください	事故発生状況略図 (被害の状況を詳しく図示してください。)		

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : _____ 印

※署名又は記名・押印

被害届受理番号自認書

年 月 日の 事件・事故 に係る被害届の受理番号は下記のとおりであることに間違いありません。

受理番号 _____

年 月 日

被保険者（被害者） 住所
氏名
電話