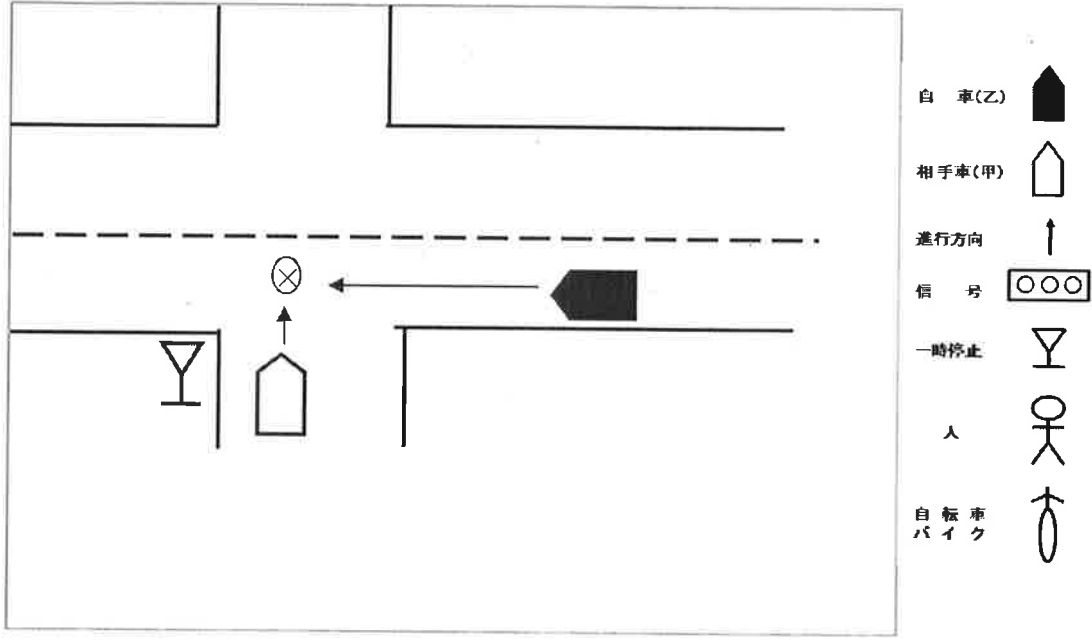


第三者行為による傷病届

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇〇〇	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	印	
(被害者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 こくほ いちろう 国保 一郎	性別 男性	年齢 46 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 本人	昭和46年 1月 1日	
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市▲▲▲▲11-1	TEL (333)1111	
	備 考			
(第三者) 加 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名 いしかわ はなこ 石川 花子	性別 女性	年齢 62 歳
	住所 / 電話	〒 000-0000 ▲▲市★★27-1	TEL (112)1112	
事 故 発 生	事故発生日時	令和 2 年 3 月 20 日 午後 3 時 30 分頃		
	事故発生場所	▲▲市★★30-5		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名	〇〇海上火災 保険株式会社		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	いしかわ はなこ 石川 花子	
	登録番号	▲▲55 に5555		
	車台番号	EX66-6666		
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名	●●●●損保 保険株式会社		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL (329)3443	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	海上 次郎 E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		無	保険会社名・担当	TEL ()
治 療 状 況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 ●●●●病院	治療開始日 令和 2 年 3 月 20 日	TEL ()
	所 在 地	〒	入院の有無	無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 〇〇診療所	治療開始日 年 月 日	TEL ()
	所 在 地	〒	入院の有無	無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。
 (注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。
 (自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 AD-3333 号	当事者	甲 (加害者)	氏名 石川 花子		
自動車の番号	▲▲551ニ5555		乙 (被害者)	氏名 国保 一郎	<input checked="" type="radio"/> 運転 <input type="radio"/> 歩行 <input type="radio"/> 同乗 <input type="radio"/> その他	
天候	晴・曇・ <input checked="" type="radio"/> 雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・ <input checked="" type="radio"/> 普通	<input type="radio"/> 閑散	明暗	<input checked="" type="radio"/> 昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 (<input checked="" type="radio"/> してある・ <input type="radio"/> してない) ・歩道 (<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない) ・道路の見通し (<input checked="" type="radio"/> 良い・ <input type="radio"/> 悪い) 中央車線 (<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない) ・道路の状態 (<input checked="" type="radio"/> 直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号 (<input checked="" type="radio"/> ある・ <input type="radio"/> ない) ・自転車側信号 (青・赤・黄) ・相手方信号 (青・赤・黄) 駐停車禁止 (<input type="radio"/> されている・ <input checked="" type="radio"/> されていない) ・その他標識 ()					
速度	甲車両 不明 Km/h (制限速度 40 Km/h) ・乙車両 50 Km/h (制限速度 40 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下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
						
事故発生の状況(経緯)	乙は、見通しの良い片側一車線の国道8号線を〇〇市の方へと時速50kmで直進していたところ、甲車が突然脇道から飛び出してきて、乙車の左側全部と衝突しました。					
被害者の負傷状況	日	<input checked="" type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他()				
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input checked="" type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。						
令和 2 年 4 月 1 日			届出者(被保険者): 国保 一郎 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下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

▲▲市 御中

※ ○○健康保険組合、全国健康保険協会○○支部、○○市、
○○国民健康保険組合、○○県後期高齢者医療広域連合 等

(保険者名※を記載ください)

同意書

私が加害者（石川花子）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、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に同意します。

なお、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、保険者が医療機関に対して事故による診療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に同意します。

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。

令和 2 年 4 月 1 日

届出者（被保険者）

住所 ▲▲市▲▲▲11-1

氏名 国保 一郎

(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

(注2) 国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条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（保険者・市町）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者（受給者）

国保 一郎 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します。

- 1 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾し、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 2 年 4 月 1 日

誓約者 住 所 ▲▲市★★27-1
氏 名 石川 花子 印

市町長・国民健康保険組合理事長 ○○ ○○ 様
後期高齢者医療広域連合長

事故発生日	令和2年3月20日	事故発生場所	▲▲市★★30-5
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。