

第三者の行為による傷病届

〇〇年〇〇月〇〇日

大野城市長 殿

世帯主 住所 届出者の住所

氏名 届出者の氏名

電話 届出者の電話番号

次のとおりお届けします。

		法制	一般	退職		
被保険者証記号・番号		〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号		
被保険者	フリガナ	カナ		生年月日	〇年 〇月 〇日 (〇才)	
	氏名	被保険者の氏名		性別	男・女	職業
事故の内容	発生日時	〇〇年 〇〇月 〇〇日		午前・午後		〇時 〇分頃
	発生場所	福岡県庁前交差点				
	事故原因と状況	道路横断中、右から来た自動車に衝突。頭部を強打し負傷した。 (事故発生状況報告書参照)				
	警察署への届	届済	未届 (いずれか〇印)	届出所轄署	〇〇 警察署	
心身の状況	相手者	正常 いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
	被保険者	正常 いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
被保険者の人身傷害補償保険について		有・無	損保名[損害〇〇〇〇会社] 〇〇〇〇サービスセンター 担当者名[〇〇〇〇] 電話番号[〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇]			

第三者(相手者)関係	相手者	住所	相手者の住所		電話	相手者の電話番号			
	フリガナ	カナ		性別	男・女	年齢	〇才	職業	相手者の職業
	氏名	相手者の氏名							
	保有者との関係	本人 従業員 親族 その他 ()							
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)	保有者の住所		電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			
	名称	保有者の名称(会社名)							
代表者	代表者名								
契約者との関係	本人 譲受人 借受人 その他 ()								

第三者の 共済 関係	保険会社(又は農協)		損害〇〇会社		共済 証明書番号	自賠責保険証の番号		
	自賠責 保険 契約者	住所	保険の契約者の住所			電話 保険の契約者の電話番号		
		フリガナ	カナ			共済 保険 期間	自 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	相手車の自賠責契約者名			至 〇〇年〇〇月〇〇日			
	相手者の自動車		車種	車の車種	登録番号 車両番号	プレートナンバー 事故証明書 にある番号	車台 番号	車検証から 自賠責保険証から
	任意保険(対人) の有無		有 ・ 無	契約保険会社	任意保険会社名		保険会社(共済) 〇〇サービス	
		証券番号		電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇	担当者 担当者名		第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇号	

治療 関係	傷病名及び傷病の程度	頭部打撲		治療終了日【〇年〇月〇日】
	医療機関の所在地・名称	〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	
	診療の期間 (見込み期間)	〇〇年〇〇月〇〇日より 〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・外来の別(入・外)	〇〇年〇〇月〇〇日より 〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
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) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名目	金額又は品目	受領年月日

連絡先	大野城市国保年金課	電話(092-580-1952)
-----	-----------	--------------------

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 (相手者)	氏名	相手者氏名	乙 (被保険者)	氏名	被保険者氏名	運転・同乗 歩行・その他	<input type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 甲車以外
速度	甲車 40Km/h (制限速度 40Km/h) 甲車以外の車 0Km/h (制限速度 40Km/h)						
道路状況	見通し	<input checked="" type="radio"/> 良い <input type="radio"/> 悪い	道路幅	甲車側 (10m) 甲車以外の車側 (10m)			
信号又は標識	信号 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) 一時停止標識 (有 ・ 無) その他標識 ()						
事故現場における自動車と被保険者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)						
上記図の説明を 書いて下さい	道路横断中、右から来た自動車に衝突した。						
	相手者(自動車)が気づくのが遅れて、ブレーキを踏んだが接触し、頭部を強打し負傷した為、救急車で病院に搬送された。						

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号	福岡〇〇	運転者	氏名	運転者氏名	(電話) 092-000-000
保有者	住所	保有者氏名	氏名	保有者氏名	(電話) 092-000-000

(元号) 年 月 日

記入日をお願いします。

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

氏名 記入者氏名 印

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	(元号) ○年 ○月 ○日		
被保険者氏名	<u>被保険者氏名</u>	相手者(第三者)氏名	<u>相手者氏名</u>
事故発生場所	<u>場所：福岡県庁前交差点</u>		

(確認事項)

1 上記事故に関して、私が相手者(保険会社等を含む。以下同じ。)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 大野城市 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(以下「求償事務」という。)

上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第16条の請求に優先して 大野城市 に支払われること。

(同意事項)

2 上記事故に関して、大野城市 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使(国民健康保険法第64条第1項)の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
- (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
- (3) 保険事故により請求及び受領した金額(内訳を含む)を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

- (1) 治療が完了したときは、必ず 大野城市 に申し出ること。
- (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 大野城市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
- (3) 相手者から賠償金(仮渡し内払金)を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

(元号) ○年 ○月 ○日

住 所 被保険者の住所

氏 名 被保険者の氏名

印

親権者 _____ 印

記入日をお願いします。

市 町 村

大野城市長 様

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

事故年月日と事故場所を
記入して下さい。

【 国民健康保険用 】

同 意 書

(元号) ○年 ○月 ○日 (場所:福岡県庁前交差点) において、私 (相手者氏名) の不法行為により被保険者 (被保険者氏名) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して 大野城市 に支払われることに異議なく同意します。

(元号) ○年 ○月 ○日

記入日をお願いします。

相手者

住所 相手者の住所

氏名 相手者氏名

印

運行供用者がいれば記入
をお願いします。

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

(代表者名)

印

大野城市長 様

【相手者提出用】

【 国民健康保険用 】

誓 約 書 (相 手 者 側)

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 保 険 者 (市 町 村 等) に 支 払 い す る こ と。
2. 被 害 者 と 示 談 を 行 う と き は あ ら か じ め 条 件 を 保 険 者 (市 町 村 等) に 申 し 出
て、了 解 を 得 る こ と。
3. 上 記 1 の 支 払 い に 充 て る た め (例 : 自 賠 責 保 険 者 名) 保 険 会 社 (農 業 協 同
組 合) に 対 し て 有 す る 私 の 契 約 す る 自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 険 (共 済) か ら 保
険 者 (**大 野 城 市**) が、保 険 給 付 額 を 限 度 と し て 優 先 的 に 受 領 す る こ と に
異 議 な く 同 意 い た し ま す。

(元 号) ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

記入日をお願いします。

誓 約 者 住 所 相手者の住所

氏 名 相手者の氏名 (印)

連 帯 保 証 人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名 (印)

大 野 城 市 長 様

保 有 者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※ 相手者の住所		
	氏 名	※ 相手者の氏名	誓 約 者 と の 関 係	※
被 保 険 者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(注) 誓 約 者、連 帯 保 証 人 は、そ れ ぞ れ 本 人 が 署 名 ま た は 記 名、捺 印 す る こ と。