

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号		被 保 険 者 (被害者名)	年 月 日生	世帯主と の 続 柄		
同乗者	住所				運転手・同乗()		
	氏名	年 月 日生			被害者との関係		
加害者	住所				職業		
	氏名	年 月 日生			電話		
加害者の 使用者	住所				職業		
	氏名	年 月 日生			電話		
負傷の日時及び 場 所	年 月 日		午前 午後	時 分頃	場所		
発病の原因又は 負傷時の状況							
傷 病 名 又 は 負 傷 の 程 度			治癒までの 見 込 み	入院 日	通院 日	円	
	国保による診療		年 月 日からしている・していない				
診療を受けた 医療機関名	当 初	住： 名：		移 転 後	住： 名：		
	自動車事故 の場合の加 害自動車の 保険等に関 する事項	自 賠 責 保 険 契 約 会 社 名			証 明 書 番 号		
契 約 者 住 所				契 約 者 氏 名			
所 有 者 住 所				所 有 者 氏 名			
登 録 番 号 等				車 台 番 号			
任 意 保 険 の 有 無		有 ・ 無	契 約 会 社 名				
任 意 保 険 証 券 番 号				保 険 期 間			
任 意 保 険 契 約 者		住 所				氏 名	
損害賠償に関す る 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、上記のとおりお届けします。							
年 月 日							
住所							
世帯主							
氏名							
須賀川市長 (電話 - -)							

- 注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 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け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

負傷（疾病）原因報告書

日	時	平成	年	月	日()	時	分頃
場所 (詳しく)							
負傷(傷病)者氏名				続柄			
負傷(疾病)原因 (該当を で囲む)		自 損		第三者行為(交通事故・その他)			
負傷（疾病）時の状況（詳しくわかりやすく書くこと。）							
<p>その日は 1.勤務日 2.公休日 3.会社の休日 4.私用で休み なにをしているとき</p> <p>(勤務中の場合は) 勤務先名称 _____ 電話 _____ 住所 _____</p> <p>負傷時 1.職務中 2.私用中 3.仕事場() 4.仕事場の休憩中 5.出勤・帰宅の途中 6.自宅において 7 その他()</p> <p>状況 _____</p>							
事故発生状況略図							
				被保険者証番号			

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日









須賀川市長

報告者 住所
 氏名
 電話

- -

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 (加害運転者)	氏名	乙 (被害者)	氏名	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 - 有・無	歩道(両側・片側) - 有・無	直線・カーブ(急・緩)		
	平坦・坂	見通し - 良・悪	積雪路・凍結路		
	優先道路 - 甲側・乙側	センターライン - 有・無	住宅地又は繁華街・その他		
信号又は標識	信号 - 有・無	自車側信号(青・赤・)	駐停車禁止 -	自車側(有・無)	
	一時停止標識 -	相手側信号(青・赤・)	その他 -	相手側(有・無)	
速 度	甲車 km/h (制限速度 km/h)、甲車以外の車		km/h ((制限速度 km/h)		
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)				
	甲 車  甲車以外の車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人  自 転 車  オートバイ 				
書上 い記 て図 下の さ説 い明 を	_____ _____ _____				

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		運転者	氏名 (電話)
保 有 者	〒 住所		氏名 (電話)

平成 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 (印)
 乙との関係() 氏名 (印)

念 書

平成 年 月 日 _____ 地内に
おいて発生した事故が、_____の不法行為等によるものであって、
_____が国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が
加害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、併せて下記の1、2及び3については遵守することを誓約し、4及び5
については同意します。

記

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴市にその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもち
れなく、かつ遅滞なく貴市に届け出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書の写し等関係書類を、貴市や福島県国
民健康保険団体連合会が加害者(保険会社(共済))等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等及び保険会社(共済)等から、貴市
や福島県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受
けること。

平成 年 月 日

須賀川市長

住所

氏名

印

電話

誓 約 書

貴国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為等に基づくものでありますので、次の事項を遵守することを書面でもって誓約いたします。

- 1 損害賠償金の決定は、国民健康保険被保険者が事故による疾病の治療が完了したときまでの全額を対象とし、国民健康保険法による療養費の給付額確定時に、損害賠償額を私や今回加害者となる者（車保有者、使用者又は監督義務者等）、又はそれらの者が加入する保険等から貴市にその請求に従って遅滞なく支払いすること。
- 2 貴市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の支払いに充てるための 保険（相互）会社（農業協同組合等共済）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）を、保険給付額を限度として貴市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。
- 4 国民健康保険法による療養費の給付額が、自賠償保険や任意自動車保険等の加入保険の損害賠償限度額を超えた分についても、責任をもって返済すること。

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名

保証人 住所

氏名

須賀川市長

記

事故発生日時	平成 年 月 日		
事故発生場所			
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		

印欄は誓約者と異なる場合のみ記入してください。

任意保険加入状況報告書

(相手方記入)

任意保険 加入の状況	有 ・ 無	契約期間	自 平成	年	月	日
			至 平成	年	月	日
証券番号						
契約者	住所					
	氏名					
契約保険 会社	所在地					
	名称					
車の 保有者	住所					
	氏名					

求 償 先	住所	〒				
	名称					
	電話番号	担当者				

人身事故証明書入手不能理由書

当 事 者	運 転 者 (甲)	住 所		電話 ()
		氏 名	生年月日	年 月 日()歳
		自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証明書番号	第 号
		登録番号	車台番号	
者	被 害 者 (乙)	住 所		電話 ()
		氏 名	生年月日	年 月 日()歳
		自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証明書番号	第 号
		登録番号 車台番号	事 故 時 の 状 態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
事 故 発 生 日 時		平成 年 月 日	午前 午後	時 分頃(天候)
事 故 発 生 場 所				
届 出 警 察		警察(担当官)	届出年月日	平成 年 月 日
甲・乙 以外 の 当 事 者	住 所			
	氏 名			
	自賠償保険 契 約 先	自賠償保険 証明書番号	第 号	
人身事故扱いの交通事故証明書を入手できない理由				

添付書類				
<ul style="list-style-type: none"> ・ 事故車両の写真 ・ 修理見積書及び示談書 ・ 物損事故届のある場合 - 当該物件事故証明書 ・ 車台番号契約の場合 - 車検証写又は登録済証写 ・ 構内事故の場合 - 構内責任者の事故現認書 				
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。				
平成 年 月 日				
運転者(甲)		住所		
〔取付不能の場 合に限り保 有者(使用者)〕		氏名	電話 ()	

(保険会社使用欄)

平成 年 月 日
<p>本理由書及び損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。</p> <p>損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。</p> <p>その他 ()</p>
<p>保険会社名 _____ 担当者 _____</p>