

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			
			個 人 番 号							
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 時 分頃		午後		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		診療費総額 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 所 名 :			移 転 後	住 所 名 :				
	自 賠 責 保 険 契 約 会 社 名					証 明 書 番 号				
自動車事故 の場合の加 害自動車の 保険等に関 する事項	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										
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p> <p>(代理人)</p> <p>須賀川市長</p>										

- 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、詳細に例えば〇月〇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。





## 同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条第1項の規定により、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※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請求し、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額及び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並びに保険者が医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていたときは、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要なと認めるときは、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、若しくは受けること、又は保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明したときは、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還す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、内容及び金額をもれなく、かつ、遅滞なく届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

須賀川市長

届出者（被保険者）

住所

氏名

印

※国民健康保険法第64条第3項に基づき、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、自賠責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。

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	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	年	月	日
			至	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**

■ **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。</p> <p>※ 複数の該当する場合は、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>◆ <b>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。</b></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、自賠責保険に請求（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□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 <span style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 20px;"> </span>		

【 **事案情報** 被害者名： \_\_\_\_\_ 事故日： \_\_\_\_\_ 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	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	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	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	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	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。