

第三者の行為による被害(傷病)届

被保険者	被保険者氏名		被保険者証番号	性別	生年月日	世帯主との続柄 (国保の場合)	電話番号
	フリガナ		個人番号	男・女	明・大・昭・平・令 ・		
第三者(相手方)	第三者氏名		第三者住所		性別	生年月日	電話番号
	フリガナ				男・女	明・大・昭・平・令 ・	
	第三者の使用者氏名		第三者の使用者住所			電話番号	
負傷状況	負傷日時			負傷場所			
	年	月	日	AM・PM	時	分	頃
	発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)						
保険使用状況	受診医療機関(事業所)名			保険使用開始日		治療状況	
				年 月 日		治療中・治療終了 【 年 月 日 】	
				年 月 日		治療中・治療終了 【 年 月 日 】	
第三者の自動車保険・任意保険情報	自賠責保険	保険会社(農協)	保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 号	
		契約者名	契約者住所				
		所有者名	所有者住所				
		登録・車両番号	車台番号				
		任意保険対応の有無	有	無	保険株式会社 農業協同組合	担当者名 電話番号	
	交渉の経過(詳細に記載) ※示談後は示談書写を添付					示談 済 未	
	人身傷害保険ご利用の有無	有	無	保険株式会社 農業協同組合	担当者名 電話番号		

第三者が業務中の事故の場合に記入する。

事故の状況及び治療状況を記入する。

病院等に確認して記入する。

第三者の自賠責保険を記入する。

(契約者・所有者が同一であっても空欄にしないこと。)

第三者の任意保険を記入する。

交渉中の場合は、その経過を記入する。

被保険者が加入している人身傷害保険に対して請求される場合は記入する。

被保険者が署名する。

国民健康保険は、国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく
介護保険は、介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づく
後期高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく

◎本用紙は、第三者行為による傷害事故に関し、被害者が国民健康保険から保険給付を受けた場合に、国民健康保険法施行規則第32条の6、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条により、被害者に提出が義務付けられています。また、介護保険から介護給付を受けた場合にも提出が必要な被害届です。共同不法行為による場合など加害者が複数いる場合は、加害者ごとに提出して下さい。

◎交通事故証明書で確認できる箇所(住所・氏名・自賠責保険会社)については、記載内容が一致しているか確認ください。

事故現場見取図及び発生状況書

甲（加害運転者） （傷害を負わせた方）	氏名 ○ 田 ○ 雄	乙（被害者） （傷害を負った方）	氏名 ○ 野 ○ 子
道路状況 （該当○印）	交通状況 { 混雑 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 閑散 <input type="checkbox"/> } 歩道 { 両・片 } { ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> } 直線 <input checked="" type="checkbox"/> カーブ <input type="checkbox"/> 中央線 { ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> } 平坦 <input checked="" type="checkbox"/> 坂 { 登り <input type="checkbox"/> 下り <input type="checkbox"/> } 見通し { 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> } 積雪路 <input type="checkbox"/> 凍結路 <input type="checkbox"/> 道路の幅員 { 甲走行路 ○ m 甲車以外 ○ m }		
信号又は標識 （該当○印）	信号 { ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> } { 下図に信号の色を記入 } 一時停止 { ある <input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> } { 下図に標識・停止線記入 } 駐停車 { されている <input checked="" type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> } { されていない <input type="checkbox"/> }		
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）		
○ 事故発生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）		
○ 書上い記で地くのださ説明を	乙車が青信号で直進中、右方から赤信号で直進の甲車と交差点内で衝突し、乙が負傷した。		

記入できる部分は
もれなく記入する

※道路幅員、信号
や標識等の状況を正確に記入する

※交差点の見通し
状況確認の為、
建物等があれば
記入する

できるだけ詳しく
記入する

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

報告者 甲との関係（本人） ○ 田 ○ 雄 ㊟
乙との関係（本人） ○ 野 ○ 子 ㊟

双方の署名・押印
が取れない場合は
片方のみで可

- ◎ 求償が可能なのは、加害者の過失の範囲内に限定されます。本用紙は、加害者と被害者との過失割合を判断する重要な書類となります。したがって、事故発生状況はできるだけ詳細かつ正確に記入してください。
- ◎ 発生状況書の報告者は、片方の署名・押印による報告で支障がありませんが、可能であれば加害者・被害者双方の署名・押印による報告をしてください。

同 意 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日 (事故場所) 〇〇市〇〇町 3 丁目先路上 において

(加害者) 〇 田 〇 雄 の不法行為により (被害者) 〇 野 〇 子 の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について 高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付 を受けた場合は、私が第三者に対して有する
介護保険法による介護給付

国民健康保険法第 6 4 条第 1 項
損害賠償請求権を 高齢者の医療の確保に関する法律第 5 8 条第 1 項 の規定によって、保険者・市町村が給付
介護保険法第 2 1 条第 1 項

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事に異議のないこと、並びに
下記の事項を遵守することを書面をもって同意します。

記

- 1 私を受けた保険（医療・介護）給付について、保険者・市町村及び国民健康保険団体連合会が、加害者（損害保険会社等）に損害賠償請求を行うために必要な範囲で、診療（調剤）報酬明細書、療養費支給申請書及び介護給付明細書等を提供すること並びに損害保険会社等から業務に関して必要な情報の提供を受け、利用することを同意する。
- 2 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 3 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 第三者から金品を受けた時は、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届けること。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 〇 〇 市 〇 〇 町 1

氏 名 〇 野 〇 子 印

被害者が署名捺印する

〇 〇 市 町 村 長 ・ 国 保 組 合 理 事 長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

注) 被害者が未成年の場合は、親権者の記名・捺印が必要です。

◎本書は、損害賠償請求を行うために必要となる個人情報取得・利用・提供について同意を得るものです。
また、併せて、保険者・市町村の求償権行使に影響を及ぼす可能性がある示談や白紙委任状の交付、金品の受領について制限を設け、被保険者がそれを遵守することも兼ねております。

様式16号

誓 約 書

平成〇〇年〇〇月〇〇日に発生した不法行為（交通事故）に起因して、貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）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 〇 野 〇 子 様が受けた保険給付、医療給付及び介護給付は、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いたします。

- 1 保険給付、医療給付及び介護給付額確定時に、私が負担すべき損害賠償金を貴職に支払うこと。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

〇 〇 市町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓約者（加害運転者） 住所 〇〇市〇〇町 3
氏名 〇 田 〇 雄 ㊟
・加害運転者が未成年の場合は、親権者が誓約下さい

相手運転者が
署名捺印する

任意保険会社又は保証人 住所 〇〇市〇〇町
氏名 〇 山 △ 雄 ㊟
・任意保険会社がない場合は生計を一にしない者を1名連帯保証人として立てて下さい

任意保険一括の場合は、保険会社及び担当者が、それ以外は連帯保証人が署名捺印する

◎本書は、不法行為により被害者が負傷し、保険者・市町村が保険給付等を行った場合、加害者が保険者・市町村に対し、保険給付等した額の限度内で過失割合に応じた損害賠償金を支払うことを誓約するものです。なお、やむをえず署名捺印を得られない場合（加害者の過失割合が低い場合等）は、「入手できず」として取り扱ってください。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 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>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、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> <p style="text-align: center;">【理由】</p> <hr/> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p style="text-align: center;">【理由】</p>
<p>◆ 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。</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

加害者に署名・捺印をもらえなかった理由を記載する。

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> <hr/> <p>電話 () _____</p>

相手運転者または保有者・使用者が署名・捺印する。

(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、または目撃者の方をご記入ください。賠償をした側が請求(法第16条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方をご記入ください。

(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 [_____]		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日:平成 _____ 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	明・大 昭・平	年 月 日 ()才	
		自賠償保険契 約 先	自賠償保険証明 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	明・大 昭・平	年 月 日 ()才	
		自賠償保険契 約 先	自賠償保険証明 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	明・大 昭・平	年 月 日 ()才	
		自賠償保険契 約 先	自賠償保険証明 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	明・大 昭・平	年 月 日 ()才	
		自賠償保険契 約 先	自賠償保険証明 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	明・大 昭・平	年 月 日 ()才		
	自賠償保険契 約 先	自賠償保険証明 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。

◎交通事故証明書が「物損事故」の証明書の場合は、この理由書の添付がないと自賠償保険への請求ができません。相手運転者またはその保有者(使用者)の署名・捺印が必要です。どうしても、運転者の署名・捺印がとれない場合は、傷害を負った者の署名・捺印及びその理由が必要です。