

### 第三者行為による傷病届

被害者に関すること	被保険者証の 記号番号		記号 50-	フリガナ 氏名											世帯 主 の 続 柄				
			番号	個人番号															
加害者に関すること	フリガナ 氏名				左 記 の 者 の 使 用 主	名 称													
	住 所					所 在 地													
	電 話 番 号					電 話 番 号													
	職 業					代 表 者													
	加害者が不明 なとき(その理 由と状況)																		
事故の状況	発生年月日		年 月 日		時 ころ														
	発生場所																		
	原因と状況																		
被害の状況	傷病名及び傷 病の程度		初診年月日		年 月 日														
			国保診療		年 月 日から 年 月 日まで														
			診療見込期間		日・月 間														
診療を受け ている病院	当 初	病院名			転 院 後	病院名													
		電話番号				電話番号													
上記のとおり届け出ます。																			
年 月 日																			
住 所																			
世帯主 氏 名																			
電話番号																			
羽村市長 あて																			
印																			

[注] ・ 届出日現在、不明のことについては空欄のまま提出していただき、後日下記までご連絡ください。

- ・ 交通事故証明書(原本)を添付してください。
- ・ 示談が成立しているときは示談書の写しを添付してください。

(連絡先) 羽村市市民生活部市民課保険係 Tel042-555-1111 内線125~129

# 事故発生状況報告書

加害者の自賠責 保険証明書番号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)
加害者の 自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話) <span style="float: right;">運転・同乗 歩行・その他</span>
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗 <span style="float: right;">昼間・夜間・明け方・夕方</span>
道路状況	舗装 <input type="checkbox"/> してある <span style="margin-left: 50px;">歩道(両・片)</span> <input type="checkbox"/> ある <span style="margin-left: 50px;">直線・カーブ</span> <input type="checkbox"/> してない <span style="margin-left: 100px;"></span> <input type="checkbox"/> ない 平垣・坂 <span style="margin-left: 50px;">見通し</span> <input type="checkbox"/> 良い <span style="margin-left: 100px;">積雪路・凍結路</span> <span style="margin-left: 100px;"></span> <input type="checkbox"/> 悪い			
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <span style="margin-left: 50px;">駐停車禁止</span> <input type="checkbox"/> されている <span style="margin-left: 50px;">その他標識</span> <input type="checkbox"/> ない <span style="margin-left: 100px;"></span> <input type="checkbox"/> されていない			
速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h) , 乙車両 km/h(制限速度 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい	自 車 相手車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自転車 } オートバイ } 接 触 点 ×			
書上 い記 て図 下の さ説 い明 。を				示談は <input type="checkbox"/> 済んだ。 <input type="checkbox"/> 済んでいない。
加害者 請求の 場合	上記の強制保険のほかに任意の自動車保険に <input type="checkbox"/> 入っている。 <input type="checkbox"/> 入っていない。	入っているならばその保険会社は	その証券番号は No.	

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係( )  
乙との関係( )

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

# 念 書 (被害者側)

私下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により保険給付額の限度において、貴職が、被害者の加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 保険給付の限度額において、自動車損害賠償責任保険(共済)からの損害賠償金を貴職が優先して受領すること。
2. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

世帯主 住所  
氏名 印

被害者本人 住所  
氏名 印

羽村市

代表者 羽村市長 あて

## 記

事故発生年月日		年 月 日	事故発生場所
加害者	住所		
	氏名		
被害者	住所		
	氏名		

# 誓 約 書 (加害者側)

羽村市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(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. 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金(国民健康保険給付分)を貴職に支払いすること。
2. 上記1の支払いに充てるため、保険株式会社(共済農協組合)に対し有する自賠償保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、保険給付額を限度として貴職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、誓約者の受領権を行使しないこと。
3. 貴職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。

年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保 証 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

保 証 人 所 在 地 \_\_\_\_\_  
(損害保険会社)

社 名 \_\_\_\_\_ 印

羽 村 市

代表者 羽村市長 あて

記

被 害 者	住 所		
	氏 名		
保 有 者	住 所		
	氏 名		
加 害 者	住 所		
	氏 名		
※加害者と誓約者との関係		自賠償(共済) 証明書番号	

※欄は、加害者と誓約者が異なる場合のみ記入してください。

# 同意書

年 月 日

羽 村 市 長 あて

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって羽村市が取得した保険給付額を限度とする、加害者(保険会社)に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険の残額調査等に対し情報提供することについても同意いたします。

(被保険者及び代理人)

住 所

氏 名

印

電 話 ( )

代理人住所

代理人氏名

印

電 話 ( )

本人との関係

代理理由

# 人身事故証明書入手不能理由書

＜個人情報の利用目的＞  
本状記載の個人情報につきましては、保険事故への対応（関係先への照会等の事実関係の調査や関係する損害保険について損害保険会社間を含む。）

羽村市長 あて

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		
	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 ・ 車 両 番 号	事故時の状態	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
発 生 年 月 日 時		年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候
発 生 場 所					
届 出 警 察		警察署 警察官 担当官	届出年月日	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	
人身事故証明書入手不能理由					

◇上記の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。

年 月 日

○ 運転者(甲) 住所

○ 被害者(乙) 氏名 印 電話 ( )

○ その他 ( )

(注) 当該自認欄は、被害者請求(法第16条請求)の場合には、原則運転者(甲)側の方が記入してください。  
加害者請求(法第15条請求)の場合には、原則被害者(乙)側の方が記入してください。

(保険会社使用欄)

年 月 日

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。

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。(別紙参照)

その他( )

責任者	担当者