

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		時ごろ												
	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													印				
電話番号																	
羽村市長 あて																	

[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。

- ・ 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。
- ・ 被害の届出をした警察署から「供述調書」の写しを取り寄せてください。

(連絡先) 羽村市市民生活部市民課保険係 TEL042-555-1111 内線125~129

念 書 (被害者側)

年 月 日、(事故発生場所) において
(加害者名) の不法行為により(被害者名) の被った
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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 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。
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 長 並 木 心 殿

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、私の不法行為に
年 月 日、(事故発生場所) において

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. 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

羽村市

代表者 羽村市長 あて

記

被害者	住所	
	氏名	
加害者	住所	
	氏名	
※加害者と誓約者との関係		

※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

(場所)

において

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 ()

月 日

代理人住所

代理人氏名

印

電 話 ()

本人との関係

代理理由