

第三者行為による傷病届

この届では怪我をされた方(三郷市国民健康保険加入者)を被害者欄、その相手方を加害者欄にご記入ください。この届の「被害者」「加害者」は実際の過失とは関係ありません。

被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 み1234	保険者名 三郷市
届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 みさと じろう 昭和60年 4月 4日	住所 / 電話 〒341-8501 埼玉県三郷市花和田648-1 048(111)2222
被害者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 三郷 次郎 昭和60年 4月 4日	住所 / 電話 〒341-8501 埼玉県三郷市花和田648-1 048(111)2222
加害者情報 (第三者)	氏名 やしお はなこ 八潮 花子	住所 / 電話 〒340-0816 埼玉県八潮市中央1-2 048(000)0000
事故発生状況	事故発生日時 令和3年 9月 1日 午前 / 午後 10時 35分頃	事故発生場所 埼玉県三郷市谷口159-1
自賠責保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 O×保険株式会社 登録番号 / 車台番号 春日部500あ2222	自賠責証明書番号 第 AB1234-5678 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署 △O保険株式会社 取扱店所在地 / 電話 〒111-1111 東京都中央区O-O-O 03(111)1111	担当者名 / E-mail ふりがな まさやま げつあ 氏名 O山 ×男 E-mail ふりがな やしお はなこ 氏名 八潮 花子
被害者加入の保険会社の関与	関与の有無を チェックし、「有」の場合は 右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	任意対人一括の有無 有 / 無 <input type="checkbox"/>
治療状況	① 診療機関名 / 入院 / 治療期間 O×救急病院 〒341-0000 埼玉県三郷市三郷0-0-0 048(999)0000	② 診療機関名 □接骨院 〒341-1111 埼玉県三郷市早稲田0-0-0 048(999)1111
傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和3年 9月 12日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

こちらの届出では、怪我をされた方が『被害者』、その相手方が『加害者』になります。この『被害者』『加害者』については、実際の過失とは関係がありません。交通事故証明書などを参考に記入をお願いします。事故状況の図と説明は必ず記入してください。

事故発生状況報告書 (記入例)

事故証明書番号	第 AB1234-5678 号	当事者 甲(加害者) 氏名 八潮 花子 乙(被害者) 氏名 三郷 次郎
自動車の登録番号	春日部500あ2222	運転・同乗・歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況 混雑・普通 閑散 明 暗
道路状況	舗装: (してある・していない) ・歩道: (ある・ない) ・道路の見通し: (良い・悪い) 中央線: (ある・ない) ・道路の状況: (直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)	
信号又は標識	信号: (ある・ない) ・自転車信号: (青・赤・黄) ・相手側信号: (青・赤・黄) 駐停車禁止: (されている・されていない) ・その他標識: (一時停止標識)	
速度	甲車両: 30 km/h (制限速度 30 km/h) ・乙車両: 40 km/h (制限速度 40 km/h)	
事故現場状況図	<p>(右の記号を使ってこの立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)</p> <p>【図の書き方】 ・進行方向の矢印 ・標識の有無 ・横断歩道の有無 などを、できるだけ詳しくご記入ください。</p>	
事故発生状況(経緯)	<p>信号の無い交差点で私は一度停止し、左右を見てから交差点に進入したが、相手車に気が付かなかったため、そのまま進行し、交差点内で衝突した。</p>	
被害者の負傷状況	日	□ 出勤日 ■ 休日 (定休日・休暇を含む) □ その他 ()
	時間帯	□ 勤務時間中 □ 通勤途中 □ 出張中 ■ 私用 □ その他 ()
	場所	□ 会社内 ■ 道路上 □ 自宅 □ その他 ()
	労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) □ 加入有 □ 加入無

上記内容に間違いありません。市へ届出をする日

令和3年 9月 15日

届出者(被保険者) : 三郷 次郎 (三郷)
※未成年の場合は親権者等

※署名又は記名・捺印

個人情報の取り扱いに関する同意書 (記入例)

私は、国民健康保険法(以下「法」という。)第64条に基づく第三者行為損害賠償請求事務(以下「求償事務」という。)における個人情報の収集・利用・提供・照会・調査に関し、次の事項について同意いたします。

- 三郷市が、法第64条第3項に基づく求償事務の委託先である埼玉県国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)に対し、被保険者が被った交通事故に係る個人情報(以下「個人情報」という。)を提供すること。
- 連合会が次の業務を行うこと。
 - 市町村又は国民健康保険組合(以下「保険者」という。)から提供された当該被保険者に関する個人情報を保有し、かつ利用すること。
また、同個人情報を、損害賠償金を請求するための添付書類として、加害者が加入する損害保険会社(自動車損害賠償責任保険等)に対し提供すること。
 - 当該被保険者に関する診療報酬明細書の内容について、その診察・治療等を行った医療機関(医師)等に対し、照会し、かつ回答を受けること。
 - 損害賠償金を請求するために、当該被保険者に関する交通事故の詳細について、調査(刑事記録や実況見分調書の取り寄せ等)すること。
 - 損害賠償金を請求するための事務処理の範囲内において、当該被保険者に関する必要な情報(後遺障害診断書等)を関係機関から収集すること。
 - (2)、(3)及び(4)に基づいて収集した個人情報について、(1)に準じ取り扱うこと。

令和3年 9月 15日

市町村へ提出する日付

同意者(被保険者)
住所 埼玉県三郷市花和田648-1

氏名 三郷 次郎

(親権者)
氏名

氏名

原則として被保険者本人の署名捺印が必要です。未成年の場合は親権者の署名も併記してください

三郷市長 あて
埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 あて

念書 (記入例)

事故発生場所の住所

令和3年 9月 1日埼玉県三郷市谷口159-1において、八潮 花子の不法行為により、三郷 次郎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。

- 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 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、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。

令和3年9月15日

市町村へ届出をする日

被保険者が署名・捺印

住所 埼玉県三郷市花和田648-1

氏名 三郷 次郎

(親権者)
氏名

氏名

未成年の場合は親権者が署名・捺印をしてください

三郷市長 あて

交通事故証明書

申請者 住所 埼玉県三郷市花和田648-1

見本

氏名 三郷 次郎

事故照会番号	吉川署 第〇〇〇〇号	甲・乙	との続柄(本)	代理人									
発生日時	令和3年9月1日 午前10時35分ころ												
発生場所	埼玉県三郷市谷口159番地1												
甲	住所	埼玉県八潮市中央一丁目2番地 (〒048000000)		備考 甲・乙以外の当事者無									
	フリガナ氏名	ハチノハコ 八潮 花子	生年月日 昭和50年8月8日 女(46歳)										
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 春日部500あ2222										
	自賠責保険関係	有り ○×保険株式会社	証明書番号 AB1234-5678										
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名) 歩行・その他											
乙	住所	埼玉県三郷市花和田648番地1 (〒048112222)											
	フリガナ氏名	ミトシロウ 三郷 次郎	生年月日 昭和60年4月4日 男(36歳)										
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 春日部300い0000										
	自賠責保険関係	有り △△共済組合	証明書番号 11-98745632										
	事故時の状態	○ 運転・同乗(運転者氏名) 歩行・その他											
事故類型	車両相互												
	人対車両	正面衝突	側面衝突	出っ払い衝突	接突	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	その他	踏切	不・操作中
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明書は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 令和3年9月10日 自動車安全運転センター 埼玉県事務局長 印													
証明番号	987654			照会記録簿の種別	人身事故								

照会記録簿の種別が「物件事故」と記載されている場合は、必ず別添の「人身事故証明書入手不能理由書」を作成して、併せて提出してください。

誓約書(記入例)

貴三郷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損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 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 ○×保険株式会社(農業協同組合)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)中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、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。

誓約書は相手方に書いてもらう書類です。相手方が提出しない場合は、その理由を空欄に記入して提出してください。

誓約者 住所 埼玉県八潮市中央1-2
氏名 八潮花子

保証人 住所 東京都中央区中央3-4
氏名 ○×保険株式会社

三郷市長 あて

記

保有者	住所	埼玉県八潮市中央1-2		
	氏名	八潮花子	証明書番号	AB1234-5678
運転者	住所	埼玉県八潮市中央1-2		
	氏名	八潮花子	誓約者との関係	本人
被害者	住所	埼玉県三郷市花和田648-1		
	氏名	三郷次郎		

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

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。)

理由	<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 <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 <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 <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。) 【理由】 <input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】
----	--

◆ 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。

届出警察	吉川 警察	担当官		届出年月日	令和3年9月1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。

○ 当事者 住所: 〒123-4567 記載日 令和3年9月15日

○ 目撃者 〇〇市中央区下落合1-1-1

○ その他() 氏名: 〇〇太郎 太郎

※ 該当する項目に ○印をしてください 電話: 123(456)7890

(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。

確認日	確認先	確認方法
月 年 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
月 年 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
月 年 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: 〇〇太郎 事故日: 令和3年9月1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。)

発生日時	令和3年9月1日 11時30分頃 天候 晴		
発生場所	〇〇市中央区下落合10-10-10		
甲	住所	〇〇市中央区下落合1-1-1 電話 123(456)7890	
	氏名	〇〇太郎	生年月日 昭和40年1月1日 56才
	自賠責保険契約先	埼玉海上火災保険株式会社	自賠責保険証明書番号 第 AB1111111 号
登録番号	埼玉300さ1111	事故時の状況	運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	△△市東区下落合2-2-2 電話 987(654)3210	
	氏名	△△健太	生年月日 昭和50年2月2日 46才
	自賠責保険契約先	株式会社さいたま損害保険	自賠責保険証明書番号 第 12CD34567 号
登録番号	埼玉500か2222	事故時の状況	運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
丙	住所	△△市東区下落合2-2-2 電話 987(654)3210	
	氏名	△△花子	生年月日 昭和45年3月3日 51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。