

記載例

様式第17号（第23条関係）

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 | み多 | 被保険者名 | 国保 太郎 | | 世帯 主との 続柄 | 本人 | |
| | | 9A 123456 | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | | | | |
| | | | 生年月日 | 〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | |
| 加害者 | 住所 | 〇〇町〇〇〇〇〇〇 | 氏名 | 宮城 健康 | 職業 | 会社員 | 電話 | 222-〇〇〇〇 |
| | | | | 〇〇年〇月〇日生 | | | | |
| 加害者の使用者 | 住所 | | 氏名 | | 職業 | | 電話 | |
| | | | | 年 月 日生 | | | | |
| 負傷の日時 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | | 午前 | 〇〇時〇〇分ころ | | 午後 | | |
| 負傷の場所 | 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 | | | | | | | |
| 発病の原因又は負傷時の状況 | 市道〇〇線で信号待ちの際、後続車に追突された。 | | | | | | | |
| 疾病又は負傷 の程度 | むち打ち症、胸部打撲 | | 治ゆまでの見込み | 入院 | 不明 | 日 | | |
| | 通院 | | | 診療費総額 | 円 | | | |
| 国保による 診療 | 〇〇年 〇〇月 〇〇日から <u>している</u> していない | | | | | | | |
| 療養を受けた 療養取扱機関名 | 当初 | 〇〇〇病院 | | 転移後 | | | | |
| 損害賠償に関する 交渉の経過 | 交渉中 | | | | | | | |
| 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届け出します。 | | | | | | | | |
| 〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | |
| 多賀城市長 殿 | | | | | | | | |
| 届出人（世帯主） | | 住所 | 多賀城市中央〇丁目〇番〇号 | | | | | |
| | | 氏名 | 国保 太郎 | | | | | |
| | | 個人番号 | △△△△△△△△△△△△ | | | | | |
| | | 電話番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | |
| 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、 <u>示談が成立したときは示談書の写しを添付してください。</u> | | | | | | | | |
| 3 後日調査の必要上関係者の電話番号はできるだけ記入してください。 | | | | | | | | |
| 4 <u>病院の診断書を添付してください。</u> | | | | | | | | |

事故発生状況報告書

| | | | | |
|----------------------------------|---|-----------------|--|--|
| 甲 (加害運転者) | 宮城 健康 (電話) 222-〇〇〇〇 | 乙 (被害者) | 国保 太郎 (電話) 368-〇〇〇〇 | (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 している している していない | 歩道(両・片) | ある ある ない | 直線・カーブ |
| | 平坦・坂 平坦・坂 | 見通し | 良い 良い 悪い | 積雪路・凍結路 |
| 標 識 | 駐停車禁止 | されている されていない | その他 | |
| 速 度 | 甲車 40 km/h (制限速度 40 km/h) | | 乙車 50 km/h (制限速度 50 km/h) | |
| 事故現場に於ける自動車と被害者の 状況を图示してください。 | 事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください) | | | |
| | | | | 甲 車 乙 車 進行方向 信号 一時停止 人間 自 転 車 オートバイ |
| 上記図の説明を 書いてください。 | 甲が一時停止をせずに交差点を通過しようとしたところ、仙台方面から走行してきた乙車の側面に衝突負傷させた。 | | | |

甲者以外の車について判明している場合、ご記入ください。

| | | | |
|--------|---------|-------|----------|
| 自動車の番号 | | 運 転 者 | 氏名 電話 |
| 保 有 者 | 〒 住所 | | 氏名 電話 |

別紙事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

〇 年 〇 月 〇 日

報告者 甲との関係 (本人) 宮城 健康
乙との関係 (妻) 国保 一子



様式第3号 第三者行為基本調査書 (交通事故)

| 第三者行為基本調査書 (交通事故) | | 保険者名 | | |
|---------------------|--|---|---|----------------------|
| 事故発生年月日 | ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="radio"/> 午前・午後 9時 30分頃 | | | |
| 事故発生場所 | 多賀城市八幡○丁目○番○号 | | | |
| 被害者 (第二当事者) | 住所 | 〒985-0085 多賀城市中央○丁目○番○号 | | |
| | フリガナ | コクホ タロウ <input checked="" type="radio"/> 男 | | |
| | 氏名 | 国保 太郎 女 <input type="radio"/> 才 | | |
| | 職業 | 会社員 | TEL | 368-0000 |
| 保有者 (第一当事者) | 住所 | 〒000-0000 ○○町○○○○○○ | | |
| | 氏名 | 宮城 健康 | 契約者との関係 本人 TEL 222-0000 | |
| 運転者 (第一当事者) | 住所 | 〒000-0000 ○○町○○○○○○ | | |
| | 氏名 | 宮城 健康 <input checked="" type="radio"/> 男 女 <input type="radio"/> 才 | 保有者との関係 本人 | |
| | 職業又は勤務先 | 会社員 | TEL 222-0000 | |
| 相手方に関する事項 | <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 | 保険会社名 農協組合名 | ○○○保険会社 保険会社 農業協同組合 仙台 支店 | |
| | | 証明書番号 | 第 1111-11111 号 | |
| | 保険契約者 | 住所 | ○○町○○○○○○ | |
| | | 氏名 | 宮城 健康 | TEL 222-0000 |
| | 相手自動車 | 種別 | 乗用車 | 県別 宮城 |
| | | 登録番号又は車両番号 | 宮城○○い○○○○ | 車体番号 A○○○-○○○○ |
| | 保険期間 | 自 ○年 ○月 ○日 ~ 至 ○年 ○月 ○日 | | |
| 当該自賠償に対する被害者請求の有無 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 請求時期 | 年 月 日頃予定 | |
| 任意保険 | <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 | 損害保険会社名 共同組合名 | ○○○○○○ 損害保険会社 協同組合 仙台 支店 課 | |
| | | 証書番号 | 222-2222 | 担当 ○○○○ TEL 111-0000 |
| | 保険契約者 | 氏名 | 宮城 健康 | TEL 222-0000 |
| | 保険期間 | 自 ○年 ○月 ○日 ~ 至 ○年 ○月 ○日 | | |
| 被害者加入の保険(人身傷害)使用の有無 | <input type="radio"/> 有・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 保険会社名・担当者名 ○○○○保険会社 ○○ | TEL 111-0000 | |
| 保険医療機関等 | ○○○○病院 | 保険証の使用開始日 | ○年 ○月 ○日 年 月 日 年 月 日 | |
| 示談内容 | 成立 年 月 日、 <input checked="" type="radio"/> 未成立 交渉中 (年 月 現在) | | | |
| 摘要欄 | 高額療養費の支給 | | <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 | |
| | 高額介護サービスの支給 | | <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 | |

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。)

理由

※ 該当する項目に○印をしてください。
※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。

受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため

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

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

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】

その他（理由を具体的に）

【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 | 塩釜 警察 ○○ 担当官 (判明している場合) | 届出年月日 | ○○年 ○○月 ○○日 |
|------|----------------------------|-------|-------------|

該当理由に○をしてください。(複数可)

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 記入日 ○○年 ○○月 ○○日

目撃者 多賀城市中央2丁目1番1号

その他 () 氏 名 多賀城 太郎 多賀城 (印)

※ 該当する項目に○印をしてください 電 話 022(368) 1141

(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、相手側(相手)の請求する場合には、賠償を受けた側(相手)の方の記入をお願いします。

原則として事故の相手方が記入、押印願います。被保険者が記入、押印する場合は、その理由を別紙(様式自由)により記載願います。

(保険会社使用欄) 該当する□()

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 | ◆ 確認方法 |
| 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病院 | <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"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 年 月 日 <input type="checkbox"/> 病院 | <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： 年 月 日 】

記入不要

○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 9時30分頃 天候 雨 | | |
| 発 生 場 所 | | 多賀城市八幡○丁目○番○号 | | |
| 当 事 者 | 甲 | 住 所 | ○○町○○○○○○○ 電話 (222) ○○○○ | |
| | | 氏 名 | 宮城 健康 | 生 年 月 日 ○年○月○日(○)才 |
| | | 自賠償保 険契約先 | ○○○保険会社 | 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 | 多賀城市中央○丁目○番○号 電話 (368) ○○○○ | |
| | | 氏 名 | 国保 太郎 | 生 年 月 日 ○年○月○日(○)才 |
| | | 自賠償保 険契約先 | △△△保険会社 | 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 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 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 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。

念 書

私が被った下記の保険事故について、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、貴殿が相手方(第一当事者)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、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 本件保険事故に関して保険給付をしたことを証明するもの(診療報酬明細書等)の写しを相手方及び損害保険会社(第一当事者が契約する自賠責保険・自動車保険(共済)等をいう。以下同じ)に提供すること。
- 2 本件保険事故により受診した保険医療機関等及び損害保険会社等から貴殿または宮城県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況及び診断書並びに後遺障害認定に関する書類(後遺障害等級認定票及び別紙)等の情報の提供を受けること。
- 3 相手方及び損保会社等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿に内容を申し出て承諾を得ること。
- 4 相手方及び損保会社等に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 相手方及び損保会社等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をすみやかに届け出ること。
- 6 症状固定の診断が出た場合は、すみやかに貴殿に報告すること。
- 7 相手方及び損害保険会社等との交渉上必要が生じた際に、この念書の写しを相手方に提供すること。

○年 ○月 ○日

申立人(被保険者)

住所 多賀城市中央○丁目○番○号

氏名 国保 太郎 印

(保険者名) 長 殿

| | | | |
|-----------------|---------------|-----------|-----------|
| 事故発生年月日 | ○年 ○月 ○日 | | |
| 事故発生場所 | 多賀城市八幡○丁目○番○号 | | |
| 第一当事者 (相手方) | 住所 | ○○町○○○○○○ | |
| | 氏名 | 宮城 健康 | |
| 第二当事者 (被保険者) | 住所 | * | |
| | 氏名 | * | 申立人との関係 * |

(注) *印欄は申立人と被保険者が異なる場合に記入してください。

誓約書

国民健康保険の保険者である貴殿より下記被保険者が受けた当該保険事故に起因する保険給付については、保険事故の当事者として次の事項を遵守することを誓約いたします。

- 1 貴殿が本件事故に関して支払った保険給付額に基づく貴殿からの請求に対し、本件事故にかかる私の責任の割合に応じた額を遅滞なく支払います。
- 2 下記被保険者と示談を行う場合は、前もって貴殿にお知らせします。
- 3 約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ます。

○年 ○月 ○日

誓約者 住所 ○○町○○○○○○○

氏名 宮城 健康 印

(保険者名) 長 殿

| | | | |
|-----------------|----------|---------------|-----------|
| 事故日 | ○年 ○月 ○日 | | |
| 第一当事者 (誓約者等) | 住所 | * | |
| | 氏名 | * | 誓約者との関係 * |
| 第二当事者 (被保険者) | 住所 | 多賀城市中央○丁目○番○号 | |
| | 氏名 | 国保 太郎 | |

○ 第一当事者とは、本件事故に直接関係する方です。 *欄は誓約者と異なる場合に記入願います。