

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		世帯主 との 続柄
		A	個人番号		
			生年月日	年 月 日	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
加害者の使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
負傷の日時	年 月 日 午前 時 分ころ 午後				
負傷の場所					
発病の原因又は負傷時の状況					
疾病又は負傷 の程度			入院	日	
			通院	日	
			診療費総額	円	
国保による 診療		年 月 日から している、していない			
療養を受けた 療養取扱機関名	当初		転移後		
損害賠償に関する 交渉の経過					
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>多賀城市長 殿</p> <p>届出人（世帯主） 住所 _____</p> <p>氏名 _____</p> <p>個人番号 _____</p> <p>電話番号 _____</p>					
<p>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。</p> <p>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></p> <p>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。</p> <p>4 <u>病院の診断書を添付してください。</u></p>					

事故発生状況報告書（一般用）

事故発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故状況を図示してください。	事故状況図	事故状況をできるだけ詳しく書いてください。	
		
		
		
		
		
		
		
		
		

◎事故の当事者

甲 (第一当事者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			
乙 (第二当事者： 被保険者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			
丙 (その他関係者)	住所	〒		
	フリガナ		性別・年齢	男・女 歳
	氏名			

上記のとおり報告いたします。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

印

第三者行為基本調査書（一般用）

保険者名

事故発生年月日		年 月 日 午前・午後 時 分頃				
事故発生場所						
被害者 (第二当事者)		住 所	〒			
		フリガナ				
		氏 名	男 女 才			
		職 業		TEL		
相手方に関する事項		第一当事者		住 所	〒	
				フリガナ		
				氏 名	男 女 才	
				職業又は勤務先		
その他関係者		住 所	〒			
		フリガナ				
		氏 名	男 女 才			
		職業又は勤務先				
任意保険		有・無	損害保険会社名 共同組合名	損害保険会社 協 同 組 合		
				支店	課	
		証券番号	第	号	担当者名	
		保険契約者		住 所		
氏 名				TEL		
	第一当事者との関係					
保険期間		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				
保険医療機関等				保険証の使用開始日	年 月 日	
示 談 内 容		成立 年 月 日、未成立、交渉中（ 年 月 現在）				
摘 要 欄		高額療養費の支給		有・無		
		高額介護サービスの支給		有・無		

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

氏名

印

（保険者名） 長 殿

事故発生年月日	年 月 日			
事故発生場所				
第一当事者 （相手方）	住所			
	氏名			
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

氏名

印

(保険者名) 長 殿

事 故 日	年 月 日			
第一当事者	住所	*		
(誓約者等)	氏名	*	誓約者との関係	*
第二当事者	住所			
(被保険者)	氏名			

○ 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。