

【第三者行為に係る提出書類について】

○被害者が提出するもの

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------|-----|
| 1 | ☐ | 第三者の行為による被害届（正本） | 1 部 |
| 2 | ☐ | 事故発生状況報告書（一般用）（正本） | 1 部 |
| 3 | ☐ | 第三者行為による傷病届（正本） | 1 部 |
| 4 | ☐ | 念書（正本） | 1 部 |

※1 警察に被害届を提出している場合、提出いただく書類

- | | | | |
|---|--------------------------|-----------|-----|
| 5 | ☐ | 被害届の提出証明書 | 1 部 |
|---|--------------------------|-----------|-----|
- （証明書については警察署に問い合わせ願います。証明書が発行されない場合は、被害届の受理番号を警察署に確認いただき、被害届の余白に記載願います。）

※2 示談が成立している場合に必要な書類

- | | | | |
|---|--------------------------|---------|-----|
| 6 | ☐ | 示談書（写し） | 1 部 |
|---|--------------------------|---------|-----|

○加害者が提出するもの

- | | | | |
|---|--------------------------|---------|-----|
| 1 | ☐ | 誓約書（正本） | 1 部 |
|---|--------------------------|---------|-----|
- （加害者に誓約書の記入をいただけない場合は、誓約書の余白にその理由を記載のうえ、提出願います。）

ご不明な点は、下記まで問い合わせ願います。

〒985-8531 多賀城市中央2丁目1番1号
多賀城市保健福祉部国保年金課 国保庶務係
電話 022-368-1697

様式第 1 7 号（第 2 3 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 A	被保険者名				世帯主 との 続柄	
			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	午前 年 月 日 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				治ゆまでの見込み	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								
国民健康保険法施行規則第 3 2 条の 6 の規定により上記のとおり届け出します。 年 月 日 多賀城市長 殿 届出人（世帯主） 住所 _____ 氏名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 _____								
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 病院の診断書を添付してください。								

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

甲との関係（ ）

報告者

乙との関係（ ）

印

※署名又は記名・押印

第三者行為による傷病届

項 目			内 容		
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名
	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	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒		TEL ()
(被 害 者) (受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名		届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	〒			TEL ()
(加 害 者) (第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名			
	住所 / 電話	〒		TEL ()	
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)			
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名		ふりがな 氏 名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号		車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号	
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名		担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	住所	〒			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号 第 号	
	任意対人一括の有無	有 / 無			
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 ☐ 無 ☐	保険会社名		担当部署
		担当者氏名		TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については 可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	
				治療終了（見込） 年 月 日	
		〒		TEL ()	
		② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	
				治療終了（見込） 年 月 日	
		〒		TEL ()	
		③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日	
				治療終了（見込） 年 月 日	
		〒		TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 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		
				☐	

(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。

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1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1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

※署名又は記名・押印

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

※署名または記名・押印

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			
	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。