

第三者行為による傷病届

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	世帯主との続柄		国保・退本・退家・国老・社老・後期	
	氏名			被保険者証記号番号	
	明・大・昭 年 月 日生 () 歳			老人保健受給者番号	
	電話	携帯			
事故の 状況	発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃	
	発生場所				
	原因・状況				
診療 関係	傷病名	初診日	年 月 日		
		治癒までの見込み	入院日	通院日	
	病院名	治療期間	～		
		治療期間	～		

相 手 方	フリガナ			電話 (自)	
	氏名			(勤)	
	住所				携帯
		保有者との 関係	本人・従業員・その他 親族 () 続柄	明・大・昭・平・令 年 月 日生	
	車の保有者	住所			
		名称 代表者	電話		
	示談状況				
	自賠責保険	保険会社名	電話		
		証明書番号			
		保険 契約者	住所 氏名	電話	
任意保険	保険会社名	電話			
	証券番号	担当者			

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日 住所

保険者 (大分県後期高齢者医療広域連合長) 様 氏名

印

事故発生状況報告書

当事者	甲	相手方	氏名			
	乙	被保険者 (医療受給者)	氏名		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	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況		舗装 してある していない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ	
		平坦・坂	見通し	良い 悪い	一方が	優先道路 又は広路
信号又は標識		信号 ある ない	駐停車禁止	されている されていない	一時停止	ある ない
速度		甲車両 km/h (制限速度 km/h)、乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場における自動車と被害者の状況を図示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください) <div style="float: right; text-align: right; margin-top: 10px;"> ※略図及び説明はできるだけ詳しく記入してください。 </div> <div style="clear: both;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 相手者(甲) 自 車(乙) 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ </div>					
書いて下さい。						

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告申し上げます。

令和 年 月 日 報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

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。)

<p align="center">理由</p> <p>※ 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。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 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。			
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 _____ 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>電 話 (_____)</p>		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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) 該当する口のすべてに✓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。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 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
年 月 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
年 月 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 被被害者名: _____ 事故日: _____ 年 月 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。)

発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分	頃 天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大・昭 平・令	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	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大・昭 平・令	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	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大・昭 平・令	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	
	丁	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大・昭 平・令	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	明・大・昭 平・令	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。

念 書 (被保険者側)

私が 年 月 日 において の
不法行為により被った保険事故について高齢者の医療の確保に関する法律による保
険給付を受けた場合は、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によ
り保険給付額の限度において、保険者（広域連合）が相手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下記の事
項を遵守することを書面を持って誓約します。

記

1. 保険給付額の限度において自動車損害賠償責任保険（共済）より、保険者が優先的に支払いを受けること。
2. 相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出、承諾を得ること。
3. 相手側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
5. 本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
6. 本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、国保連合会が損害保険会社等に対して提出する事に同意します。

令和 年 月 日
住所
氏名 印

広域連合長 様

誓 約 書 (相手者側)

貴 (市町村国保組合・後期高齢者医療広域連合) の国民健康保険 (後期高齢者医療) 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) に基づくものでありますので、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. 被害者 (被保険者) と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
3. 貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは、国民健康保険 (後期高齢者医療) 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。
4. 上記 1 の支払に充てるため 保険会社 (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認し、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。
5. 上記 4 項記載の優先権を承認します。

令和 年 月 日

誓約者 住所 氏名 実印

※ 連帯保証人 住所 氏名 実印

保険会社 会社名 印
担当者 氏名市 町 村 長 様
国保組合理事
広 域 連 合 記

保 有 者	住 所			
	氏 名			
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

※ 連帯保証人は自動車損害賠償保険 (共済) のみ加入の方が必要となります。

※ 印鑑証明書を添付して下さい。

※ 加害者欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。

【記入例】

様式2号

第三者行為による傷病届

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	コウイキ タロウ	世帯主との続柄	国保・退本・退家・国老・社老・後期	
	氏名	広域 太郎		被保険者証記号番号	
	明・大昭 **年**月**日生 (**)歳			10000000	
				老人保健受給者番号	
	電話	097-534-1771	携帯	080-8888-0000	
事故の 状況	発生日時	令和 **年**月**日	午前・午後	**時**分頃	
	発生場所	大分市西春日町00番00号			
	原因・状況	〇〇〇で〇〇しようとしたところ衝突した			
診療関係	傷病名	打撲	初診日	令和**年**月**日	
			治療までの見込み	入院 日 通院 日	
	病院名	大分広域医療病院	治療期間	R**.**.**~R**.**.**	
			治療期間	~	

相手方	フリガナ	オオイタ ハナコ		電話(自)	097-534-1731	
	氏名	大分 花子		(勤)		
				携帯	070-7777-0000	
	住所	別府市東町11番00号				
		所有者との関係	本人・従業員・その他 親族()続柄	明・大昭	平・令 **年**月**日生	
	車の保有者	住所	同上			
		名称	大分一			
		代表者	大分一			電話 097-534-1731
	示談状況	なし				
	自賠責保険	保険会社名	東京〇〇〇〇保険		電話	097-111-1111
証明書番号		LL111111KKM				
保険契約者		住所氏名	別府市東町11番00号 大分一			電話 097-534-1731
任意保険	保険会社名	日本〇〇〇〇保険		電話	097-333-3333	
	証券番号	MM2222EER	担当者	田中 二郎		

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

上記の通りお届けします。

令和 **年**月**日

住所 大分市東春日町17番20号

保険者(大分県後期高齢者医療広域連合長)様

氏名 広域 太郎 印

TEL 097-534-1771

事故発生状況報告書

当事者	甲	相手方	氏名 大分花子			
	乙	被保険者 (医療受給者)	氏名 広域太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 運転 同乗 歩行・その他		
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴 曇・雨・雪・霧		交通状況	混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 閑散	明・暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間 夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> していない <input checked="" type="checkbox"/> 平坦 坂		歩道 (両・片)	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ	
信号又は標識	信号	ある ない	駐停車禁止	良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/>	一方が	優先道路 又は広路
速度	甲車両 40 km/h (制限速度 km/h)、乙車両 5 km/h (制限速度 km/h)					
事故現場における自動車と被害者の状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)					※ 略図及び説明はできるだけ詳しく記入してください。
上記図の説明を書いて下さい。	<div style="float: right; text-align: right;"> 相手者 (甲) 自 車 (乙) 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ </div>					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告申し上げます。

令和 ****** 年 ****** 月 ****** 日 報告者 甲との関係 () **日本〇〇〇〇保険**
 乙との関係 () **田中 二郎** ㊟

○事故証明書が添付できない場合に記入してください。

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。	<input checked="" 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	警察 担当官 大分〇〇 (判明している場合)	届出年月日	令和 **年 **月 **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。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒***-**** 記入日 **年**月**日
<input type="radio"/> 目撃者	大分市東春日町 17 番 20 号
<input type="radio"/> その他 ()	氏名 広域太郎 (印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 ()

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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) 該当する口のすべてに✓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。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 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
年 月 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
年 月 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: 事故日: 令和 年 月 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 年 月 日 時		令和 **年 **月 **日		午前 午後	**時**分頃	天候	晴れ
発 生 場 所		大分市西春日町 00 番 00 号					
甲	住 所	別府市東町 11 番 00 号		電話 0977 (00) 1111			
	氏 名	大 分 花 子	生 年 月 日	明・大 昭・平	**年**月**日(**)才		
	自賠償保 険契約先	東京〇〇〇〇保険	自賠償保 険証明書番号	第 LL111111KKM 号			
	登録番号	TTTTDDDD11	事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
乙	住 所	大分市東春日町 17 番 20 号		電話 097 (534) 1711			
	氏 名	広 域 太 郎	生 年 月 日	明・大 昭・平	**年**月**日(**)才		
	自賠償保 険契約先	あいうえお保険	自賠償保 険証明書番号	第 MM222222RRU 号			
	登録番号	KKK000033 大分00ん 00-01	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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 (被保険者側)

私が令和**年**月**日 大分市西春日町 00 番 00 号において大分花子の不法行為により被った保険事故について高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けた場合は、高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定により保険給付額の限度において、保険者（広域連合）が相手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下記の事項を遵守することを書面を持って誓約します。

記

1. 保険給付額の限度において自動車損害賠償責任保険（共済）より、保険者が優先的に支払いを受けること。
2. 相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出、承諾を得ること。
3. 相手側に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
5. 本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
6. 本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、国保連合会が損害保険会社等に対して提出する事に同意します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

住 所 大分市東春日町 17 番 20 号
氏 名 広 域 太 郎 印

広域連合長 様

誓 約 書 (相手者側)

貴（市町村国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療）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）に基づくものでありますので、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. 被害者（被保険者）と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
3. 貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは、国民健康保険（後期高齢者医療）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。
4. 上記 1 の支払に充てるため **東京〇〇〇〇** 保険会社（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認し、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。
5. 上記 4 項記載の優先権を承認します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

誓約者 住所 **別府市東町 11 番 00 号**
氏名 **大 分 花 子** 実印※ 連帯保証人 住所
氏名 実印保険会社 会社名
担当者 氏名 印市 町 村 長 様
国保組合理事
広 域 連 合
記

保 有 者	住 所	別府市東町 11 番 00 号		
	氏 名	大 分 一		
相 手 者 (運 転 者)	住 所	別府市東町 11 番 00 号		
	氏 名	大 分 花 子	誓約者との関係	本人
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所	大分市東春日町 17 番 20 号		
	氏 名	広 域 太 郎		

- ※ 連帯保証人は自動車損害賠償保険（共済）のみ加入の方が必要となります。
※ 印鑑証明書を添付して下さい。
※ 相手者欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。