

記入例

この届出は、けがをした国保被保険者を「被害者」、その相手方を「加害者」とします。
この「被害者」「加害者」については、実際の過失割合とは関係ありません。

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 本 庄 ・ 1 2 3 4 5 6 7 8 | 保険者名 本 庄 市 | |
| | 届出者情報 ※世帯主の情報を記入 | 氏名 / 生年月日 | ふりがな ほんじょう たろう 氏 名 本 庄 太 郎 〒 3 6 7 - 8 5 0 1 | 生年月日 昭和 5 0 年 1 月 1 日 TEL * * * (* * *) * * * * |
| | | 住所 / 電話 | 埼玉県本庄市本庄 3 丁目 5 番 3 号 | |
| (被 害 者) 受 診 者 | 氏名 / 続柄 / 生年月日 | ふりがな ほんじょう たろう 氏 名 本 庄 太 郎 〒 3 6 7 - 8 5 0 1 | 届出者との関係 本人 生年月日 昭和 5 0 年 1 月 1 日 TEL * * * (* * *) * * * * | |
| | 住所 / 電話 | 埼玉県本庄市本庄 3 丁目 5 番 3 号 | | |
| (加 害 者) 第 三 者 | 氏 名 | ふりがな こくほ はなこ 氏 名 国 保 花 子 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 | TEL * * * (* * *) * * * * | |
| | 住所 / 電話 | 〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3 | | |
| 事 故 発 生 状 況 | 事故発生日時 | 令和 3 年 8 月 1 日 (午前) / 午後 10 時 0 分頃 | | |
| | 事故発生場所 | 〇〇県〇〇町〇〇 4-5-6 | | |
| | 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 〇〇損害保険株式会社 | ふりがな こくほ はなこ 氏 名 国 保 花 子 | |
| | 登録番号 / 車台番号 | 登録番号 A-987654 | 車台番号 abc12345 | |
| | 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 〇〇〇〇 号 | |
| 任 意 保 険 (加 害 者) | 保険会社名 / 担当部署 | 保険会社名 〇〇損害保険株式会社 | 担当部署 □□部 | |
| | 取扱店所在地 / 電話 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 7-8-9 | TEL * * * (* * *) * * * * | |
| | 担当者名 / E-mail | ふりがな さいたま いちろう 氏 名 埼 玉 一 郎 | E-mail | |
| | 保険契約者名 | ふりがな こくほ はなこ 氏 名 国 保 花 子 | | |
| | 住所 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇 1-2-3 | | |
| | 保険期間 / 契約番号 | 保険期間 △ 年 △ 月 △ 日 ~ △ 年 △ 月 △ 日 | 契約番号 第 B-123456 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 | 保険会社名 □□共済 | 担当部署 □□部 | |
| | 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 担当者氏名 保 険 次 郎 | TEL * * * (* * *) * * * * | |
| 治 療 状 況 | 診療機関名 / 入院 / 治療期間 | ① 診療機関名 | 入 院 有 <input checked="" type="checkbox"/> / 無 <input type="checkbox"/> | 治療開始日 令和 3 年 8 月 1 日 |
| | | 〇×総合病院 | | 治療終了(見込) 令和 3 年 8 月 5 日 |
| | 住所 / 電話番号 | 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 | | |
| | | 〇〇県〇〇町〇〇 3-2-1 | TEL * * * (* * *) * * * * | |
| | ※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。 | ② 診療機関名 | 入 院 有 <input type="checkbox"/> / 無 <input checked="" type="checkbox"/> | 治療開始日 令和 3 年 8 月 6 日 |
| | | □□病院 | | 治療終了(見込) 令和 3 年 9 月 30 日 |
| 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | |
| 〇〇県〇〇市〇〇 1-1-1 | | 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 | 令和 3 年 9 月 15 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"/> | | |

相手方の保険について記入してください。

(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。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

| | | | | | | |
|----------|---|------|------------|----------|----------------|-----|
| 事故証明書番 | 第 ***** 号 | 当事者 | 甲 (加害者) | 氏名 国保 花子 | | |
| 自動車の登録番号 | 熊谷 ○ △△△△ | 当事者 | 乙 (被害者) | 氏名 本庄 太郎 | ○ 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 〇 していない ・ 歩道: ○ ある 〇 ない ・ 道路の見通し: ○ 良い 〇 悪い | | | | | |
| | 中央車線: ○ ある 〇 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 〇 ない ・ 自転車側信号: ○ 青 〇 赤 〇 黄 ・ 相手側信号: ○ 青 〇 赤 〇 黄 | | | | | |
| | 駐停車禁止: ○ されている 〇 されていない ・ その他標識: () | | | | | |
| 速 度 | 甲車両: 20 km/h (制限速度 40 km/h) ・ 乙車両: 10 km/h (制限速度 40 km/h) | | | | | |

(右の記号を使って乙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。)

進行方向の矢印、信号や標識、横断歩道の有無などをできるだけ詳しく図示してください。

自 車(乙)

相手車(甲)

進行方向

信 号

一時停止

人

自 転 車
パ イ ク

事故発生状況 (経緯)

青信号を時速10キロほどで交差点に進入したところ、対向車が急に右折してきて衝突した。

| | | | | | | |
|----------|--|--|--|--|--|--|
| 被害者の負傷状況 | 日 | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input checked="" type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む。) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 時間帯 | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 () <small>(パート・アルバイト含む。)</small> | | | | |
| | 場所 | <input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small> | (被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 | | | | |

原則、事故に遭った被保険者本人を、届出者としてください。

上記内容に間違いありません。

令和 3年 9月 15日 届出者(被保険者) : 本庄 太郎 印

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとする事も可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名又は記名押印をしてもらってください。

※署名又は記名・押印

記入例

この書類は相手方に書いてもらう書類です。
過失割合などにより、相手方から取り付けることができない場合は、
余白にその理由を記してください。

県参考様式 3

誓約書

貴市の下記国民健康保険被保険者が受けた保険給付は、私の第三者行為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します。

- 1 貴市の国民健康保険の保険給付立替払分については、責任をもって、指定された期日に貴市に返納すること。
- 2 貴市の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険の保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため ○○損害 保険会社（農業共済組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から、貴市が保険給付費額を限度として優先的に受領すること。

相手方の自賠責保険会社名

令和3年 9月15日

記入した日

保証人になれるのは

- ・相手方の使用主
- ・相手方の契約任意保険会社
- ・相手方と生計の異なる者

です。

誓約者（相手方）住所 ○○市○○1-2-3
氏名 国保 花子 印
連帯保証人 住所 さいたま市■■1-2-3
氏名 埼玉 次郎 印

（あて先）本庄市長

記

| | | | | |
|---------------|----|-------------|----|-----------|
| 加害者 | 住所 | ○○市○○1-2-3 | 電話 | ** - **** |
| | 氏名 | 国保 花子 | | |
| 被害者 (被保険者) | 住所 | 本庄市本庄 3-5-3 | 電話 | ** - **** |
| | 氏名 | 本庄 太郎 | | |

（注）連帯保証人は、誓約者と生計を異にする者としてください。

誓約書の取り付けが不可能な理由

例）被保険者側の過失が高いため、相手から誓約書を取り付けることができませんでした。

本庄市 御中

同意書

事故の相手方の名

私が加害者 国保 花子 に対して有する損害賠償請求権は、法令^(注1)により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者^(注2)が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、速やかに届け出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 3 年 9 月 15 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 本庄市本庄3丁目5番3号

氏名 本庄 太郎

(印)

※署名又は記名押印

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、

後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項、介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第3項の規定に基づき、

損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

記入例

文中の※1～3については、
様式の裏面をご覧ください。

個人情報の取り扱いに関する同意書

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求償事務※¹（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。

- 1 本庄市が、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※²（以下「個人情報」という。）を提供すること。
- 2 連合会が次の業務を行うこと。
 - (1) 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。
 - (2) 当該被保険者に関する診療報酬明細書※³の内容について、その診療・治療等を行った医療機関（医師）に対し、照会し、かつ回答を受けること。
 - (3) 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。
 - (4) 損害賠償金を請求するための事務処理の範囲において、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。
 - (5) (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。

以上

令和 3年 9月 15日

市へ提出する日付を記入してください。

同意者（被保険者）

住所 本庄市本庄3-5-3

氏名 本庄 太郎 (印)

(親権者)

※署名又は記名押印

氏名 _____

事故に遭われたご本人について
ご記入ください。
なお、事故に遭われた方が未成年
の場合は、親権者の方も署名して
ください。

本庄市長 吉田 信解 様
埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 木津 雅晟 様