

国民健康保険法に基づく第三者行為に関する届出について

◆提出書類一覧

No.	書 類	内 容 等
1	第三者行為による傷病届	交通事故証明書等を参照に、 世帯主名 により届出てください。
2	事故発生状況報告書	事故の状況を図示のうえ、報告してください。報告者は原則、 実際に事故に遭った国保被保険者本人 です。本人ができない場合は、事故の状況が分かる方をお願いします。
3	誓約書	相手方 に記名押印してもらふ書類です。過失割合などにより相手方からの取り付けが困難な場合は、その理由を余白に記入してください。
4	同意書	実際に事故に遭った国保被保険者 が署名又は記名押印する書類です。ただし、被保険者が未成年の場合は親権者が署名又は記名押印をしてください。
5	個人情報の取り扱いに関する同意書	実際に事故に遭った国保被保険者 が署名又は記名押印する書類です。ただし、被保険者が未成年の場合は親権者も署名をしてください。
6	交通事故証明書※	自動車安全運転センターが発行している証明書です。提出は「原本」が原則ですが、保険会社等へ提出しているなどの場合は、原本の所在の分かる原本証明のある写しでも構いません。
7	示談書の写し	示談書が作成されている場合は、写しをご提出ください。

※ 交通事故証明書の「照会記録簿の種別」が「物損事故」になっている場合、または「人身事故」であっても当該被保険者名の記載がない場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要となります。

【お問合せ先】

本庄市役所保健部保険課国保係

電話：0495-25-1116

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 届出者 者名等)	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 本 庄・		保険者名 本 庄 市	
	届出者情報 <small>※世帯主の情報を記入</small>	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)	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 ()		
(第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名	TEL ()		
	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)			<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	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 ()		
	住所 / 電話番号 <small>※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。</small>	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			<input type="checkbox"/>

(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。

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 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。

年 月 日

誓約者（相手方） 住所
氏名 印
連帯保証人 住所
氏名 印

（あて先）本庄市長

記

加害者	住所		電話	
	氏名			
被害者 (被保険者)	住所		電話	
	氏名			

（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。

本庄市 御中

同意書

私が加害者 _____ 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。

年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(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、介護保険法第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。

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

年 月 日

同意者（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ (印)

(親権者)

※署名又は記名押印

氏名 _____

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

- ※1 「第三者行為損害賠償求償事務」とは、国民健康保険の被保険者が交通事故により被った損害のうち、保険者が支払った医療費を、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）に対し請求することです。
- ※2 「被保険者が被った交通事故に係る個人情報」とは、①交通事故証明書、②事故発生状況報告書、③第三者行為による被害届（写）、④同意書、⑤診療報酬明細書（写）などです。
- ※3 「診療報酬明細書」とは、保険医療機関や保険薬局が保険者に医療費を請求するための請求書のこと、カルテから作成され、すべての保険診療の内容が記入されているものです。診療報酬明細書は、入院と外来の別に1か月（歴月）に1枚作成され、保険者に提出されます。

人身事故証明書入手不能理由書

本庄市

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 style="text-align: center;">理 由</p> <p style="font-size: small;">※ 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>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">【理由】</div> ・ その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 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。			
・ 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
・ 目撃者	_____		
・ その他 () 氏名：	_____ 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□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
月 年 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
月 年 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
月 年 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： _____ 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		時 分	頃 天 候	
発 生 場 所						
当 事 者	甲	住 所	電 話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	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	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	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	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	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。