

見本

第三者行為による被害届

令和 記入日 日

瀬戸市長 様

世帯主

住所 瀬戸市 XX町XX番地XX

氏名 被害 太郎

電話 XXXX-XX-XXXX

下記のとおり届け出ます。

事故発生日	令和 XX年 XX月 XX日 午前・午後 XX時 XX分頃	事故発生場所	XX市XX町XX番地				
受給者・医療証番号	保険者 瀬戸市	事故原因と状況	(例) 交差点で自車直進時に相手車が左から衝突 自車停車中に後続車が追突 知人飼犬に指を噛まれた 等				
被害者名	被保険者証番号	1234567		職業	会社員/学生/無職 等		
	フリガナ	ヒガイ タロウ		続柄	本人/夫/妻/子 等	性別	男/女
	氏名	被害 太郎		生年月日	(昭・平・令) XX年 XX月 XX日		
	個人番号	XXXX XXXX XXXX					
第三者加害者 事故証明書等を参考に 分かる範囲 にご記入 ください に関する事項	加害者	氏名	加害 次郎		生年月日	(大・昭・平・令) XX年 XX月 XX日	
	保有者	住所	〒XXX-XXXX XX市XX町XX番地XX				
		職業	会社員/学生/無職 等		電話番号	XXXX-XX-XXXX	
	任意保険	氏名	加害 次郎		電話番号	XXXX-XX-XXXX	
		住所	〒XXX-XXXX XX市XX町XX番地XX				
		加害者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
	自賠責保険	有	保険会社	XX損害保険		証明書番号	XXXXXXXX
任意保険	有	保険会社	XX損害保険		支店名	XX支店	
	無	証券番号	●●●●●●●●		課名・担当者名	XX	
医療機関の所在地・名称		傷病名	初診日	令和 年 月 日			
当初			国保診療	有・無			
転医後			国保診療	令和 年 月 日			
			診療見込期間				
		診療見込金額	円				

保険証利用の診療について、分かる範囲でご記入ください。

[注意] この申請書に次の書類を添付し、提出してください。
①事故発生状況報告書 ②交通事故証明書 ③念書(被害者)

見本

念書（兼 同意書）

事故発生年月日	(年号)XX年 XX月 XX日	事故発生場所	XX市XX町XX番地
被保険者氏名	被害 太郎	相手方(第三者) 氏名	加害 次郎

- 上記事故に関して、私が相手方(保険会社等を含む。以下同じ。)に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第64条第1項の規定によって瀬戸市が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ賠償金を受領すること(以下「求償事務」という。)に異議はありません。
- 上記事故に関して、瀬戸市及び同市との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書(写)・念書(兼同意書)等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - 保険会社等から受けた金品の内訳(その見込みを含む。)及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - この念書(兼同意書)をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 上記事故に関して、私が国民健康保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - 治療が完了したときは、必ず瀬戸市に申し出ること。
 - 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって瀬戸市にその内容を申し出ること。
 - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - 相手方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、かつ遅延なく瀬戸市に届け出ること。

(年号) 記入日 日

住 所 XX市XX町XX番地

氏 名 被害 太郎

印

親権者

印

瀬 戸 市 長 様

(注) 被保険者が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

交通事故以外の事故でも、
この様式をお使いいただけます

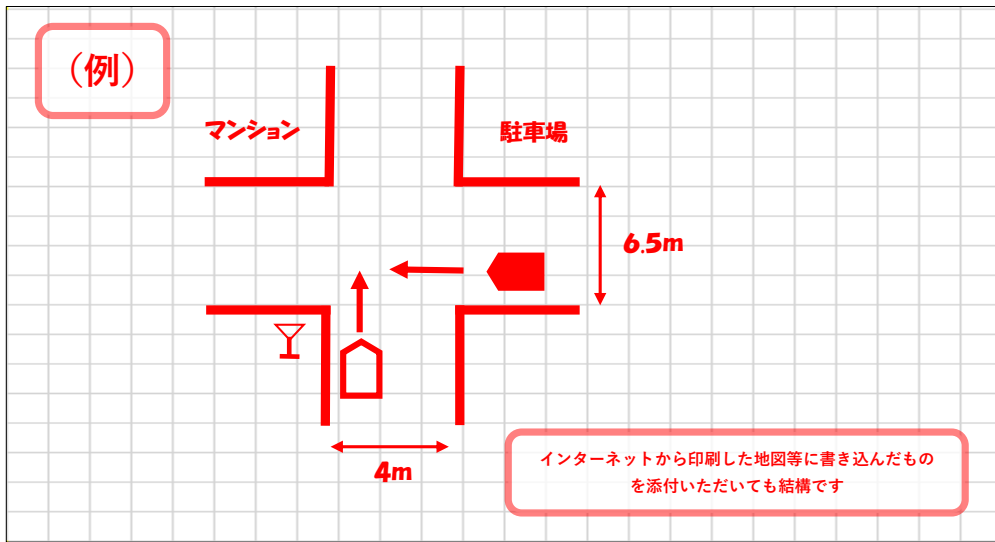
事故発生状況報告書

見本

事故証明書 番号	第 XXXXXXXX 号	当事者	甲 (加害者)	氏名	加害 次郎		
自動車 登録 番号	〇〇 XXX 〇 XXXX		乙 (被害者)	氏名	被害 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) ・ 歩道: (ある) <input checked="" type="checkbox"/> (ない) ・ 道路の見通し: <input checked="" type="checkbox"/> (良い)・ <input type="checkbox"/> (悪い)						
	中央車線: (ある) <input checked="" type="checkbox"/> (ない) ・ 道路の状況: <input checked="" type="checkbox"/> (直線)・ <input type="checkbox"/> (カーブ) <input checked="" type="checkbox"/> (平坦)・ <input type="checkbox"/> (坂)・ <input type="checkbox"/> (積雪路)・ <input type="checkbox"/> (凍結路)						
信号又は標識	信号: <input checked="" type="checkbox"/> (ある)・ <input type="checkbox"/> (ない) ・ 自転車側信号: (青・赤・黄) ・ 相手側信号: (青・赤・黄)						
	駐停車禁止: (されている) <input checked="" type="checkbox"/> (されていない) ・ その他標識: ()						
速 度	甲車両: 40 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。)

事故現場状況図



- 自 車(乙)
- 相手車(甲)
- 進行方向
- 信 号
- 一時停止
- 人
- 自 転 車
バ イ ク

**信号のない交差点を直進しようとしたとき、左から相手車が来て衝突した。
相手側に一旦停止標識あり。**

事故発生の状況(経緯)

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 ()
	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	

上記内容に間違いありません。

年 **記入日** 日

届出者(被保険者) :
※未成年の場合は親権者等

被害 太郎

印

※署名又は記名・押印

(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ことも可能です。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、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

見本

相手方記入書類

誓約書

XX年XX月XX日発生した事故による瀬戸市国民健康保険の被保険者 被害 太郎 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。

- 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 上記1の支払いに充てるため、保険会社（共済）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。

(年号) 記入日 月 日

瀬戸市長様

誓約者 住所 XX市XX町XX番地

氏名 加害 次郎

保証人 住所 XX市XX町XX番地

氏名 誓約者保証人氏名

見本

人身事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書の照合記録簿の種別が「物件事故」の場合はこちらの書類もご提出ください。

XX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	<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
	<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
※ 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 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 届出年月日 年 月 日 (判明している場合)

書類内の注意書きに従い、
ご記入ください。

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 type="radio"/> 当事者	住所： 〒 XXX-XXXX 記載日 XX 年 XX 月 XX 日
<input type="radio"/> 目撃者	XX市XX町XX番地XX
<input type="radio"/> その他（ ） 氏名：	XX XX (印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： XXXX-XX-XXXX

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第15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し、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、または目撃者の方にご記入ください。

- (保険会社使用欄) 該
- 人身事故としての警察へ
 - 請求関係書類の確認に人身事故の事実には相違
- 相手方の記名・押印が必要です。もし相手方から得られない場合は、被保険者の記名・押印をしてください。
併せて、余白に「相手の記名・押印がもらえなかった」等の記載をしてください。

◆ 確認日	◆ 確
月 年 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/>
月 年 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/>
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 ()
◆ 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。