

国民健康保険 第三者行為届出書類








|             |    |
|-------------|----|
| 第三者行為による被害届 | 1部 |
| 事故発生状況報告書   | 1部 |
| 念書(被害者側)    | 1部 |
| 誓約書(加害者側)   | 1部 |
| 事故証明書(原本)   | 1部 |
| 国保負傷事故報告書   | 1部 |

## 第三者行為による被害届(国保用)

|   |                           |                  |                                |             |       |
|---|---------------------------|------------------|--------------------------------|-------------|-------|
| 被害者   | フリガナ<br>被保険者氏名            |                  | 昭・平・令<br>年 月 日生                | 世帯主と<br>の続柄 |       |
|   | 保険者番号                     |                  | 被保険者証番号                        |             | 個人番号  |
| 加害者   | 住所                        |                  | 氏名                             | 年 月 日生      | 職業 電話 |
| 加害者の<br>使用者   | 住所                        |                  | 氏名                             | 年 月 日生      | 職業 電話 |
| 負傷の日時<br>および場所  | 令和 年 月 日 午前 時 分頃、場所<br>午後 |                  |                                |             |       |
| 発病の原因又は<br>負傷時の状況   |                           |                  |                                |             |       |
| 傷病名   |                           | 国保による診療          | 令和 年 月 日から している<br>していない       |             |       |
| 診療を受けた<br>保険医療機関名   | 当初                        |                  | 転移後                            |             |       |
| 自動車事故<br>の場合の<br>加害自動車  | 自賠責保険<br>契約会社名            | 保険株式会社<br>農業協同組合 |                                | 証明書番号       | 第 号   |
|   | 契約者住所                     |                  |                                | 契約者氏名       |       |
|   | 所有者住所                     |                  |                                | 所有者氏名       |       |
|   | 登録番号<br>(車両番号)            |                  |                                | 車台番号        |       |
|   | 任意保険<br>(対人)の有無           | 有・無              | 保険株式会社 連絡先( )<br>農業協同組合 担当者( ) |             |       |
| 損害賠償に関する<br>交渉の経過   | 示談成立の有無                   | 有・無              | 示談日                            | 令和 年 月 日 成立 |       |
|   |                           |                  |                                |             |       |
| <p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日<br/>世帯主 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">松田町長 本山 博幸 殿</p> |                           |                  |                                |             |       |

- 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、詳細に記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
- 3 自動車の轆き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

## 事 故 発 生 状 況 報 告 書

|                                      |  |             |                          |            |                 |                 |
|--------------------------------------|--|-------------|--------------------------|------------|-----------------|-----------------|
| 自賠責保険<br>証明書番号                       | 第 号  | 当<br>事<br>者 | 甲（相手方）                   | 氏名<br>(電話) |                 |                 |
| 登録番号<br>(車両番号)                       |  | 乙（被害に遭われた方） | 氏名<br>(電話)               |            | 運転・同乗<br>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<br>信号又は標識                    | 横断歩道<br>歩道橋等   | ある          | そこから事故現場まで<br>の距離(人対車のみ) | m          | 渋滞<br>有<br>無    | 見通し<br>良い<br>悪い |
|                                      | 信号   | ある<br>ない    | 甲 青・黄・赤<br>乙 青・黄・赤       | 一時停止<br>標識 | ある<br>ない        | 甲側<br>乙側        |
|                                      | 一方通行<br>規制   | ある<br>ない    | 甲車進行方向<br>乙車進行方向         | その他の規制     |                 |                 |
| 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<br>故<br>発<br>生<br>状<br>況<br>略<br>図 | <p>※損害保険会社等と過失割合を決める際の重要な資料となるため、詳細に記入して下さい。<br/>                 ※事故発生場所及び状況等が分かるように、目印となる建物や道幅(m)等を記入して下さい。</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     自 車 <br/>                     相 手 車 <br/>                     進 行 方 向 <br/>                     信 号 <br/>                     一 時 停 止 <br/>                     人 間 <br/>                     自 転 車<br/>                     オートバイ  </div> |             |                          |            |                 |                 |
| 上<br>記<br>図<br>の<br>説<br>明           |  |             |                          |            |                 |                 |

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和      年    月    日  
 報告者    甲との関係(                      )  
             乙との関係(                      )

印

# 念 書 兼 同 意 書

この事故で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項及び第3項の規定により、保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使、賠償金の受領及び国民健康保険団体連合会へ事務委託できることを理解しましたので、次の1から3までの事項を遵守することを誓約し、4及び5の事項に同意します。

- 1 交通事故である場合、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)からの損害賠償金を、貴殿が受領されること。
- 2 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 3 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 私が保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳(その見込みを含む)等事項の情報について、関係損害保険会社等が貴殿へ情報提供し、貴殿が関係損害保険会社等からその情報を受けること。
- 5 貴殿が損害賠償請求事務において必要な事項(診療報酬明細書及び被害届等資料の写し)並びにこの念書を、関係損害保険会社へ提供すること。

令和 年 月 日

住 所  
氏 名 印

松田町長 本山 博幸 様

|                   |          |        |  |
|-------------------|----------|--------|--|
| 事故発生年月日           | 令和 年 月 日 | 事故発生場所 |  |
| 加 害 者             | 住 所      |        |  |
|                   | 氏 名      |        |  |
| 被 害 者             | 住 所      |        |  |
|                   | 氏 名      |        |  |
| ※ 被保険者・加入者と誓約者の関係 |          |        |  |

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入してください。

# 誓約書

貴 松田町の国民健康保険の被保険者 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 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴殿に支払うこと。
- 2 上記、1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険(共済)から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所  
氏 名 印

松田町長 本山 博幸 様

|          |          |        |  |
|----------|----------|--------|--|
| 事故発生年月日  | 令和 年 月 日 | 事故発生場所 |  |
| ※当事者との関係 |          |        |  |
| 連帯保証人    |          |        |  |

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

# 国保負傷事故報告書

|                      |  |     |          |             |    |
|----------------------|--|-----|----------|-------------|----|
| 令和 年 月 診療分           | 被保険者証<br>の記号番号   |     | 58 -     |             |    |
| 診療を受けた<br>被保険者氏名     | 男・女  |     | 生年<br>月日 | 昭<br>平<br>令 |    |
| 傷 病 名                | 診療を<br>受けた期間   |     | 令和 年 月 日 | 日間          |    |
|                      |  |     | 令和 年 月 日 |             |    |
| 診療を受けた<br>病院等の名称     |  |     |          |             |    |
| 負傷年月日                | 令和 年 月 日   | 曜日  | 午前・午後    | 時           | 分頃 |
| 負傷場所                 |  |     |          |             |    |
| 負傷等の別<br>該当項目に○印     | 1. 交通事故    2. けんか等    3. スポーツ等    4. 仕事<br>5. その他の自己過失[    ] |     |          |             |    |
| 負傷の状況                | どのようにして負傷されましたか？   |     |          |             |    |
| できるだけ詳しく<br>記入してください |  |     |          |             |    |
| 相手がある場合              | 相手の住所  |     |          |             |    |
|                      | 相手の氏名  | TEL |          |             |    |
| 仕事の場合                | 職場の住所  |     |          |             |    |
|                      | 職 場 名  | TEL |          |             |    |
|                      | 労災の加入 [ している ・ していない ]    労災の適用 [ 受ける ・ 受けない ]   |     |          |             |    |
| 上記のとおり報告いたします。       |  |     |          |             |    |
| 令和 年 月 日             |  |     |          |             |    |
| 世帯主住所                |  |     |          |             |    |
| 世帯主氏名                |  |     |          |             |    |
| 電 話 番 号              |  |     |          |             |    |
| 松田町長 本山博幸 殿          |  |     |          |             |    |