

第三者行為による傷病届

国民健康保険法施行規則第 32 条の 6（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条の 2）の規定により次のとおりお届けします。

令和 元年 ○月 ○日

佐賀県建設国民健康
保険組合 理事長 様

世帯主 住所 佐賀市栄町 1 番 1 号
氏名 佐賀 太郎
電話 0952-30-8121

被害者	フリガナ	サガ ハナコ		生年月日	大昭 平令 **年 10月 3日 (〇〇才)				
	氏名	佐賀 花子		性別	男 女	職業	主婦		
	法制	国保・退職	記号番号	303 011111	個人番号				
		後期高齢者	被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。			
介護保険		被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。				
第三者（加害者）関係	住所	佐賀市栄町〇〇番地〇		電話	(090) ****-****				
	フリガナ	コクホ ジロウ		性別	男 女	年齢	39才	職業	会社員
	氏名	国保 次郎							
	所有者との関係	本人・従業員・親族・その他（ ）							
	住所（所在地）	電話（ ） -							
名称	事故証明書の内容を転記してください。								
代表者									
契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他（ ）								
第三者の自賠責共済保険関係	保険会社等	未来火災		証明書番号					
	住所	佐賀市栄町〇〇番地〇		電話	(090) ****-****				
	フリガナ	コクホ ジロウ		保険期間	自	年	月	日	
	氏名	国保 次郎			至	年	月	日	
加害自動車	車種	自家用	登録番号 車両番号	プレートナンバー 佐賀 78 た 1234	車台 番号	123-4567			
任意共済保険（対人）の有無	<input checked="" type="checkbox"/> （保険会社等の名称 未来火災 担当者名 ××） ・ 無								

事故の内容	発生日時	令和元年 〇月 5日 午前 〇時 30分頃 午後		
	発生場所	佐賀市本庄町〇〇番地の交差点		
	事故原因と状況	片側一車線の道路を横断していた時、右方から直進してきた車両と衝突した		
	警察署への届	届出済 ・未届	所轄警察署	佐賀 警察署
	心身の状況	加害者	正常 ・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()	
被害者		正常 ・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
治療関係	傷病名	頸椎捻挫		
	医療機関の所在地・名称	〇▲病院		
	診療の期間 (見込期間)	令和元年 〇月 5日より 令和元年 〇月 9日まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外)
示談	示談が成立した (年 月 日) 交渉中 ・示談はしない 示談をする予定 (月ごろ)・裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品名	受領年月日	
損害賠償に関する交渉の経過				

- 1 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
- 4 自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。

連 絡 先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()

交通事故証明にある
加害者の証明書番号

状況報告書

自賠責証明書 番号	第 ***** 号	当 事 者	甲 (加害者運転者) 氏名 国保 次郎 (電話)
自動車の 番号	佐賀さ**-**		乙 (被害者) 氏名 佐賀 花子 (電話)
事故発生日時	令和* 加害者の車両番号	事故証明書のア・乙とは違つるので注意して下さい。 事故発生状況報告書の乙は必ず被害者 (被保険者) です。	
事故発生場所	佐賀市本庄町〇〇番地〇		
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 (両・片) <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない	直線・カーブ
	環境 [商店街・住宅街・田園 (郊外)・国道・バイパス・山間地・その他 ()]		
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている <input checked="" type="checkbox"/> されていない	その他の標識
	速度 甲車両 km/h (制限速度 km/h), 乙車両 km/h (制限速度 km/h)		
事故現場に於ける自動車と被害者の状況を图示してください。			乙 車 甲 車 進行方向 ↑ 信号 一時停止 人間 自転車 オートバイ
	事故状況を図で記載して下さい。 ※信号機、横断歩道、一時停止の標識の有無等を、 わかる範囲で記入して下さい。		被害者 (被保険者)
上記図の説明を書いてください。	片側一車線の道路を横断していた時、右方から直進してきた車両と衝突した		

道路幅をmで記入してください。

以上のとおりご報告いたします。
令和 元年 〇月 〇日

報告者 甲・乙との関係 (保険会社担当) 報告 次郎 印

念書兼同意書 (被保険者側)

私が被った下記交通事故に関し、国民健康保険法（高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法）による保険（医療、介護）給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第 1 項（高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法第 21 条第 1 項）の規定により保険（医療、介護）給付額の限度において、保険者等が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者等にその内容を申し出、承諾を得ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者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等に届け出ること。
4. 当該事故の保険（医療、介護）給付及び代位求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込額を含む）等）について、保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が情報の提供を受けることに同意すること。
5. 当該事故の治療（介護サービス）に関する診療報酬明細書等（介護給付費明細書等及び主治医意見書等）の写しを保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供することに同意すること。
6. 当該事故により受診した医療機関（介護サービスを受けた介護事業所）及び損害保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療（介護）状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

令和 元年 ×月 ○日

住所 佐賀市栄町 1 番 1 号

氏名 佐賀 花子

(保護者等) 住所

氏名

当事者間で示談を行った場合、その書類の写しも一緒に提出下さい。

広域市町村圏組合長 様

記

事故発生日時	令和 元年 5月 5日			午前・午後	10時 30分頃
事故発生場所	佐賀市本庄町○○番地				
加害者 (運 転 者)	住所	佐賀市栄町○○番地○			
	氏名	国保 次郎			
被害者 (被 保 険 者)	住所	※			
	氏名	※	同意者 との関係	※	

同意する方と事故にあった被保険者が異なる場合、下記欄を記入下さい。

見本

交通事故証明書

申 住所 XXXXXXXXXX
請 佐賀市鍋島町大字森田469番地1
者 氏名 佐賀 花子 様

事故照会番号	佐賀 署 第 0110 号	(甲)・乙	との続柄 (本人)・代理人									
発生日時	令和〇〇年〇月〇日 午前〇時〇分〇秒											
発生場所	佐賀市本庄町〇〇番地											
甲	住所	佐賀市鍋島町大字森田469番地1		備考								
	フリガナ	シバ ハナコ	生 年 月 日	〇〇年 10月 3日 (〇〇 歳)								
	氏 名	佐賀 花子	車 種	① 普通乗用自動車								
	車 種	② 普通乗用自動車	車 両 番 号	佐賀77さ1234								
	白 賠 責 保 険 関 係	③ 契約済 損保火災	証 明 書 番 号	1-234-5678								
事故時の状態	④ (運転)・同乗(運転者氏名))・歩行・その他											
乙	住所	佐賀市栄町〇〇番地〇		甲・乙以外の当事者の有無 〔有 (別紙記載のとき)〕 〔無〕								
	フリガナ	クニタニ シロウ	生 年 月 日		〇〇年 6月 15日 (39 歳)							
	氏 名	国保 次郎	車 種		① 普通乗用自動車							
	車 種	② 普通乗用自動車	車 両 番 号		佐賀78た1234							
	白 賠 責 保 険 関 係	③ 契約済 未来火災	証 明 書 番 号		123-4567							
事故時の状態	④ (運転)・同乗(運転者氏名))・歩行・その他											
事故類型	人 対 車 両	正 面 衝 突	側 面 衝 突	出 発 合 意 踏 切 突 撃	追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱	衝 突	そ の 他	踏 切	不 明 (詳 査 中)
	上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 自 動 車 安 全 運 転 セ ン タ ー 〇 〇 〇 事 務 所 長 印											
証明番号	654321		照合記録簿の種別	人身事故								

《確認していただく項目》

- ① 「照合記録簿の種別」が『人身事故』となっているか確認下さい。
※物損事故の場合、「人身事故証明書入手不能理由書」も提出していただきます。
- ② 同乗者は2枚目に自身の氏名が記載されているか確認下さい。
※記載が無い場合、「人身事故証明書入手不能理由書」も提出していただきます。