

第三者の行為による被害届 ※

長		平成 年 月 日	
様		住所 (〒 - )	
		世帯主 氏名 印	
		電話 ( ) -	
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。			
事故発生日	平成 年 月 日 午 (前・後) 時 分頃	事故発生場所	
保険種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因と状況	
被害者 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号	職業	
	(フリガナ)	続柄	性別 男・女
	氏名	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)
加害者 (運転者)	氏名	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日 ( 歳)
	住所	(〒 - )	
	職業	電話	( ) -
保有者	氏名	電話	( ) -
	住所	(〒 - )	
	加害者との関係	本人・親族(続柄 )・事業主・その他 ( )	
契約者	氏名	電話	( ) -
	住所	(〒 - )	
	保有者との関係	本人・親族(続柄 )・事業主・その他 ( )	
自賠償保険	有・無	保険会社	証明書番号
	任意保険	有・無	支店名 課名 担当者名
		証券番号	電話
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日 年 月 日
当初			保険診療 開始日 年 月 日
			診療見込期間
転医後			診療見込金額 円

(注) ※印欄は、保険者にて記入します。

調査てん末書(交通事故)			保険者名		
事故発生年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃				
事故発生場所					
被害者 (被保険者)	住所				
	氏名	男・女		歳	
	職業	TEL			
保有者	住所				
	氏名	TEL			
運転者 (加害者)	住所				
	氏名	男・女		歳	
	保有者との関係	TEL			
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名	保 険 会 社 支店		
		農協組合名	農 業 協 同 組 合		
		証明書番号	第	号	
	保険契約者	住所			
		氏名	TEL		
	加害自動車	種別		県 別	
		登録番号又は 車両番号		車 台 番 号	
	保険期間	自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 午前・午後 時 ヶ月間			
	未請求 月頃請求する予定	請求済 仮渡 内払 回	円	本請求済	年 月 日頃 円
	任意 保険 対人	有・無	保険会社名	保 険 会 社 支店	
農協組合名			農 業 協 同 組 合		
証券番号			第	号	
保険契約者		住所			
		氏名	TEL		
保険期間	自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 午前・午後 時 ヶ月間				
保険医療機関名		診療開始日			
示談内容	成立 平成 年 月 日、未成立、交渉中(平成 年 月 現在)				
摘要欄	高額療養費の支給 有・無				

### 事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲 (加害運転者名)	(電話)	
自動車の番号			乙 (被害者名)	(電話)	運転・同乗
天 候	晴・曇・雨・雪・霧		交通状況	交通・普通・閑散	
明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方				
道路状況	舗装	してある	歩道(両・片)	ある	直線・カーブ
		してない		ない	
	平坦・坂		見通し	良い	積雪路・凍結路
				悪い	
信号又は標識	信号	ある	駐停車禁止	されている	その他の標識
		ない		されていない	
速 度	甲車輛 km/h(制限速度 km/h)・乙車輛 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場における自動車と被害者の状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     甲車                       甲車以外の車                       信号                       一時停止                       人間                       自転車                       オートバイ  </div>				
上記図の説明を書い	_____ _____ _____ _____ _____				

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係( ) 印

乙との関係( ) 印

## 念 書 (同 意 書) (被害者側)

平成 年 月 日、 において、  
の不法行為により の被った保険事故に  
ついて、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して  
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、保  
険者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、  
並びに保険者が加害者（損害保険会社等）に対し賠償金を請求する際に、その  
賠償金の算定にあたり、受診医療機関、保険点数及び交通事故外の傷病（既往  
症等）による診療が含まれていないかなどを確認するために必要な次の書類を、  
加害者（損害保険会社等）に提出することに異議のないことを、書面をもって  
同意します。

- (1) 第三者の行為による被害届（写）
- (2) 交通事故証明書
- (3) 事故発生状況報告書
- (4) 診療報酬明細書（写）等

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し  
出ること。
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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

住 所  
氏 名

印

大野町長  
宇佐美 晃三 様

# 承 諾 書 (被害者側)

平成 年 月 日、 において  
発生した自動車事故により、被害者 が受けた損害のうち国  
民健康保険法に基づいてなされた保険給付の限度内で私がおこなう自動車損害  
賠償保障法による保険金の請求に優先して に支払われることを承諾  
します。

平成 年 月 日

住 所  
氏 名

印

# 誓約書 (加害者側)

貴大野町の国民健康保険の下記被保険者が受けた医療給付は、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。

- 1 医療給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 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。
- 3 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社（農業協同組合）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。

平成 年 月 日

誓約者 住所  
氏名 印

保証人 住所  
氏名 印

大野町 長  
宇佐美 晃三 様

## 記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者 (運転者)	住所	*		
	氏名	*	誓約者との関係	*
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) 印鑑証明を添付して下さい。\*印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。