第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

被害者	保険者番号		区分	国保	
	被保険者記号番号		個人番号		
	住所			TEL 緊急連絡先	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日	職業
	傷病名				
	医療機関等	名称 所在地 TEL		名称 所在地 TEL	
	治療期間 (見込み)	入院 年 月 日 ～ 年 月 日 外来 年 月 日 ～ 年 月 日		入院 年 月 日 ～ 年 月 日 外来 年 月 日 ～ 年 月 日	
	人身傷害保険の使用	名称 1.有 (担当者名:) 2.無			
事故発生年月日		令和 年 月 日	発生場所		
加害者	住所			TEL 緊急連絡先	
	(ふりがな) 氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日	職業
	使用者住所			TEL	
	使用者氏名		生年月日	明.大.昭.平.令 年 月 日	職業
	保有者住所		氏名		
	自動車登録番号		車台番号		
	自賠責保険(共済)	名称	所在地	証明書番号	
	任意保険(共済)	名称 担当者名( )	所在地 TEL ( )	証券番号	
損害賠償に関する請求・支払方法		1.自賠責保険 2.任意一括 3.個人賠償責任保険 4.自転車総合保険			
		5.その他( )			

上記のとおり届出します。

令和 年 月 日

富山県医師国民健康保険組合理事長 様

住所

組合員

氏名

個人番号

注 1 この届は 国民健康保険法施行規則第32条の6により被保険者が被害を受けた場合に提出してください。
また、できるだけ詳細に記入してください。
2 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 甲車の運転者 （ 相手方 ）	氏名		乙 （ 被害者 ）	氏名		運転・同乗｛甲車 甲車以外の車 歩行・自転車・オートバイ
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	歩道｛ある（両側・片側） ない	中央線｛ある（白線・黄線） ない	見通し｛良い 悪い	坂｛登り 下り		
信号又は標識	信号｛ある ない	駐車禁止｛されている されていない	標識｛一時停止 その他（ ）			
速 度	甲車 km／h（制限速度 km／h） 甲車以外の車 km／h（制限速度 km／h）					
事故発生状況略図	○ 事故現場における被害者と加害者との状況を図示してください。 （道路幅をmで記入してください。） 甲 車 甲車以外の 車 進入方向 信 号 一時停止 歩 行 者 自 転 車 オートバイ					
詳細説明	○上記図の説明をできるだけ詳しく書いてください。					
過 失 割 合	甲 %	乙 %	その他			

事故発生現場の状況は、上記のとおりです。

令和 年 月 日 ※署名又は記名・押印

報告者 甲との関係（ ） 住所

乙との関係（ ） 氏名 印

人身事故証明書入手不能理由書

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 （※該当する項目に〇印をしてください。 ※複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。）	◌ 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。） 【理由】 ◌ 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 （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、人身事故の事実に相違ありません。

◌ 当事者 ◌ 目撃者 ◌ その他（　　） ※ 該当する項目に〇印をしてください	住所 〒　－　　記入日　年　月　日 氏名　　㊞ 電話

（注）当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（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
年　月　日	☐病院 ☐目撃者 ☐運転者 ☐被害者 ☐修理工場 ☐その他（　　）	☐電話 ☐文書 ☐面談
年　月　日	☐病院 ☐目撃者 ☐運転者 ☐被害者 ☐修理工場 ☐その他（　　）	☐電話 ☐文書 ☐面談
年　月　日	☐病院 ☐目撃者 ☐運転者 ☐被害者 ☐修理工場 ☐その他（　　）	☐電話 ☐文書 ☐面談
◆ その他・特記事項	（　　）	

【事案情報　被害者名：　　事故日：令和　年　月　日】

〇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　午前 午後　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。

念　　書

令和　　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
高齢者の医療の確保に関する法律 に基づく保険給付を受けた場合、私が加害者に対して
介護保険法

国民健康保険法第６４条第１項
有する損害賠償請求権を 高齢者の医療の確保に関する法律第５８条第１項 の規定によって
介護保険法第２１条第１項

貴職が給付の価額の限度において代位取得し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、併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時は、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申し出ること。

また、貴職またはその委託するものが、上記法令に基づく請求のために必要な範囲で適正に、私の個人情報を次のとおり取り扱うことに同意します。

1　私が受診した医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。

2　損害保険会社等から、事故様態、診療状況、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）及びその他必要な情報の提供を受けること。

3　損害賠償請求を行うにあたって、診療報酬・介護給付費明細書等の写しを加害者の加入する損害保険会社等へ提供すること。

令和　　年　　月　　日

（組合員）
住　所

氏　名　　印

※署名又は記名・押印

富山県医師国民健康保険組合理事長　　殿

誓　　約　　書

令和　　年　　月　　日　　において

が　　様を負傷させました。

このことにより被害者が　国民健康保険 / 後期高齢者医療制度 / 介護保険　から受けた保険給付については

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

の規定により貴職が負担した額を必ず納付することを保証人連署のうえ誓約いたします。

令和　　年　　月　　日

富山県医師国民健康保険組合理事長　殿

損害賠償金支払義務者
住　所

氏　名　　印

保証人
住　所

氏　名　　印
（電話番号　　－　　－　　）

※ 印鑑証明書を必ず添付してください。（任意保険のあるときは省略する。）