

(様式4号)

### 第三者行為による傷病届

被害者		フリガナ	コク	ホ	タ	ロウ	世帯主との続柄		被保険者証記号番号			
		氏名 国保太郎						本人	〇国〇585-123	後期高齢者被保険者番号		
		明・大 <sup>㊦</sup> 平〇年〇月〇日生(〇歳)										
第三者	本人	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号				電話	〇〇〇〇-55-1234				
	フリガナ氏名	カ	ガイ	ジ	ロウ	大	昭	〇年〇月〇日生				
使用者	住所	〇〇市〇〇区〇〇〇町一丁目2番3号										
	名称	〇〇商事株式会社										
	代表者名	取締役社長 〇山〇男				電話	00-000-5678					
事故の状況	発生日時	平成〇年〇月〇日				午前〇時〇分頃						
	発生場所	〇〇市〇〇〇町三丁目2番15号地先										
	原因・状況	道路を横断していて、停車車輛の右側を走行してきた加害者運転の普通乗用車と衝突した。										
診療関係	傷病名	骨盤骨折				初診日	〇年〇月〇日					
						国保(後高)開始日	〇年〇月〇日					
	治療までの見込み	入院	〇	日	通院	〇	日	費用	円			
保険医療機関	住所	〇〇市〇〇町一丁目3番5号										
	名称	〇〇病院				電話	0000-00-0000					
損害賠償関係	示談等の交渉状況		未交渉									
	自賠責保険	保険会社名	〇〇火災海上保険		電話	0000-00-0000		担当者	〇中〇男			
		契約者名	加害次郎				証明書番号	AB1234567				
	任意保険	保有者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号								
		氏名	加害次郎									
	任意保険	保険会社	住所	〇〇市〇〇町二丁目3番4号								
	名称	△△海上火災保険				電話	0000-00-0000					
	証券番号	9123456789		保険期間	〇		担当者	〇谷〇義				

上記のとおりお届けします。

〇年〇月〇日

住所 〇〇市〇〇〇町四丁目5番11号

電話

氏名 国保太郎 <sup>㊦</sup>

池田市長 様

(注)被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届出てください。

◎該当箇所に必ず〇を付してください。

◎「交通事故証明書」のとおり記載されているか確認してください。

◎第三者が業務上で事故を起こした場合等で、使用者の責任を問えるときは記入を必要とします。

◎病院に問い合わせ、分かれば記入してもらってください。

◎間違いがないか「交通事故証明書」と確認してください。

◎任意保険があるときは記入してください。また、事故発生日が保険期間内かどうかを確認してください。

(様式3号)

### 事故発生状況報告書

甲 第三者名	加害次郎	乙 被保険者名	国保太郎	運 転・同 乗 歩 行・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)			
天候	晴・曇・雨・雷・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗
道路状況	舗装 <u>してある</u> ・歩道 <u>(両)・片</u> <u>ある</u> ・ <u>直線</u> ・カーブ <u>平</u> ・坂・見通し <u>良</u> ・ <u>悪</u> ・積雪路・凍結路			
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)			
	<p>歩道 (乙)</p> <p>15 m</p> <p>甲車</p> <p>自 車</p> <p>相手車</p> <p>進行方向 ↑</p> <p>信 号 (青・赤・点滅)</p> <p>一時停止</p> <p>人 間</p> <p>自 転 車</p> <p>オートバイ</p>			
上記図の説明を	乙が道路を横断していて、停車車輛の右側を走行してきた甲車(普通乗用車)と衝突し、負傷した事故である。			

◎速度、道路の幅員、標識、横断歩道等の状況を正確に記入してもらってください。

◎だれが報告者が分かるようにしてください。

年 月 日

報告者 甲との関係(本人) 氏名 加 害 次 郎 ㊦

乙との関係(本人) 氏名 国 保 太 郎 ㊦

(被害者が記入)

(様式5号)

## 同意書

○年○月○日 ○○市○○○町三丁目2番15号地先 において  
加害次郎 の不法行為により 国保太郎 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、  
高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付

私が第三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  
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 保 険 者 が給付の価額の限度において取得し、行使し、  
後期高齢者医療広域連合

かつ賠償金を受領すること、及び下記の事項に同意いたします。

### 記

- 1 貴職が、第三者行為による傷病届等の関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、および損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三者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。

○年○月○日

住所 ○○市○○○町四丁目5番11号地

氏名 国保太郎 ㊟

池田市長 様

注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が同意書を差し入れてください。

◎非該当箇所を二本線で抹消してください。

(様式 6 号)

(第三者が入力)

# 誓 約 書

貴 (市)・町・村・組合・後期高齢者医療広域連合) の 国民健康保険 後期高齢者医療 の下記被保険者  
 が受けた 保険給付 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 保険給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払うこと。  
 医療給付額
- 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 後期高齢者医療給付分 に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

○年○月○日

誓約者 住 所 ○○市○○○町一丁目1番1号

氏 名 加 害 次 郎 ㊟

保証人 住 所 ○○市○○○町二丁目3番4号

氏 名 △△海上火災保険株式会社  
損害サービスセンター ㊟

市町村長・国保組合理事長  
後期高齢者医療広域連合長様

## 記

保有者	住所	○○市○○○町一丁目1番1号		
	氏名	加 害 次 郎	証 明 書 番 号	AB1234567
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	○○市○○○町四丁目5番11号		
	氏名	国 保 太 郎		

(注) 加害者が未成年の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。  
 ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

○非該当箇所を二本線で抹消してください。

○(1)任意保険がある場合は、損保会社の担当者の部署、氏名を記入、押印してください。

(2)任意保険がない場合は、生計を一にしない者1名を連帯保証人として立ててください。

○自賠償の証明書番号を記入してください。