

第三者の行為による傷病届

未記入の項目があるときは、保険給付の認否に影響する場合があります。また、記載内容について電話等で照会する場合があります。

被保険者 負傷した者	フリガナ			被保険者証 の記号番号	78					
	氏名	組合加入者の氏名を記入			年齢	歳	性別	男・女	組合員 との続柄	
	生年月日	S・H	年	月	日生					
相手方の氏名等	フリガナ			住所	〒 ()					
	氏名	相手方の氏名を記入			年齢	歳	性別	男・女	職業	
	生年月日	S・H	年	月	日生					
	使用者又は 扶養者の氏名等	住所・所在地								
		氏名・勤務先			()					
負傷又は 事故の状況	発生日時	平成		年	月	日()	午前・午後	時	分頃	
	発生場所	において								
	負傷又は 事故及び 原因状況									
傷病の 治療状況	診療を受けた 保険医名	当初			転院先					
	傷病名及び 負傷の程度				初診日	平成	年	月	日	
	診療見込	日間程度		ヶ月程度	国民健康 保険による 診療期間	開始	平成	年	月	日
		終了	平成	年	月	日				
事故の 相手方の 保険契約 状況等	自賠責保険 契約会社名				自賠責保険 証明書番号	第	号			
	自賠責保険 契約者住所				自賠責保険 契約者氏名					
	自動車等の 所有者住所				自動車等の 所有者氏名					
	登録番号又は 車両番号				車台番号					
	任意保険 (対人)契約 の有無	有	契約会社名			連絡先電話				
			担当者名				無			
示談(損害賠償) 等の交渉状況	示談成立・示談無 「*示談成立(解決)の場合は、示談書等の写しを添付してください。」 交渉の経過 2 ()									
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。 「個人情報の取扱いについて」を確認し同意します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>〒 - 連絡先電話番号 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>組合員(被害者)氏名 _____ (印)</p> <p>東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿</p>										

- 注意事項
- この届出に係る個人情報は、損害賠償請求及び関連事務に使用します。
 - 「交渉の経過」は詳細に、例えば 月 日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付き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。
 - 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を記入してください。
 - 後日調査の必要上から、関係者の電話番号等はかならず記入してください。



受付番号: _____ - _____
(被害者の署名捺印が必要です。)

同 意 書

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって、東京食品販売国民健康保険組合が取得した保険給付額を限度とする、相手方（加害者・保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残存額調査等について同意いたします。

平成 年 月 日

(被保険者「被害者」)住所 _____

氏名 _____ ㊞

電話 _____ (_____) _____

(代理人)住所 _____

氏名 _____ ㊞

電話 _____ (_____) _____

本人との関係 _____

代理理由 _____

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

受付番号：_____ - _____
(被害者の署名捺印が必要です。)

念 書

私が下記において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ときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により保険給付額の限度において、東京食品販売国民健康保険組合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、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

1. 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）または相手方（加害者・保険会社）からの損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合が優先して受領されること。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東京食品販売国民健康保険組合にその内容を申し出ること。
3. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方側から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ遅滞なく東京食品販売国民健康保険組合に届け出ること。

平成 年 月 日

〒 電話番号 _____ (_____) _____

誓約者（組合員）住所： _____

誓約者（組合員）氏名： _____ 印

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

記

対 象 事 故	発生年月日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分ころ
	発生場所	
相手方 (加害者)	住 所	
	氏 名	
被保険者 (被害者)	住 所	
	氏 名	
被保険者・加入者と誓約者との関係		〔 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

下記の被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為 交通事故
傷害事件 に基づくもので
す。次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に法律上の損害賠償責任の範囲において、損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合に支払をすること。
2. 東京食品販売国民健康保険組合の書面承諾なしに示談したときは、東京食品販売国民健康保険組合保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。また、示談書の写しを東京食品販売国民健康保険組合に提出すること。

平成 年 月 日

〒

誓約者(加害者・相手方) 住所: _____

氏名: _____ ①

電話番号 _____ (_____)

〒

誓約者(保険会社) 住所: _____

氏名: _____ ①

電話番号 _____ (_____)

〒

被保険者(被害者) 住所: _____

氏名: _____

電話番号 _____ (_____)

〒

誓約者(加害者保証人又は保険契約者) 住所: _____

氏名: _____ ①

電話番号 _____ (_____)

対 象 事 故	発生年月日	平成 年 月 日 ()
	発生場所	

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

相手方(加害者)の賠償保険加入明細書

自動車保険損害賠償責任保険(強制加入)	保険会社名				
	保険証明書番号				
	契約者の住所		〒	電話番号	()
	契約者の氏名				
	自動車の種類			車台番号	
	自動車の登録番号 又は車輛番号			都道府県別	
	保険契約期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日		
	*車輛の保有者	住所	〒	電話番号	()
		氏名			契約者との関係
	運 転 者	住所	〒	電話番号	()
氏名				保有者との関係	

*「車輛の保有者」が法人の場合は、法人名、代表者名を記入してください。

対人賠償保険(任意加入)	任意保険の有無	加入している ・ 加入していない		
	保険会社名			
	保険証明書番号			
	保険契約期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日		
	保険金支払取扱店			
	保険金支払 取扱店所在地	〒	電話番号	()
	取扱担当者名			

(注)この明細書を記入する際は、相手方(加害者)の車検証とそれに添付されている自動車損害賠償責任保険証明書を確認のうえ、記入してください。

平成 年 月 日

被保険者との関係()
 記入者 氏名 _____ ㊟

「交通事故証明書」の取り扱いについて

下記に記載しているのは「交通事故証明書」の見本です。 1. から 6. の内容を確認のうえ、自動車安全運転センターから「交通事故証明書」の交付を受けられ、東京食品販売国民健康保険組合に提出してください。

1. 「交通事故証明書」は、交通事故の発生を証明するもので、各都道府県の自動車安全運転センターで発行されます。
2. 「交通事故証明書」は、保険会社等へ損害賠償額の支払い請求を行う場合に必要な書類なので、原本を提出してください。
3. 記載内容を確認してください。誤り等がある場合は、管轄地の警察署へ訂正を依頼してください。
4. 記載内容に不備がある場合は、加害車輛の車検証の写しが必要になる場合があります。
5. 最下段の「照会記録簿の種別」欄に「物件事故」と記載されている場合は、別途「人身事故証明書入手不能理由書（様式6号）」が必要になります。
6. 「交通事故証明書」の申請用紙（郵便振替申請用紙）は、自動車安全運転センター事務所のほか、警察署・交番・駐在所等に備え付けてあります。

交通事故証明書												
東京都〇〇区〇〇町1丁目2番												
日本 太郎 殿												
事故照会 番号	類 可 番 第 12345 号					甲・乙・ との続柄 本人・代理人						
発生日時	平成 16 年 3 月 12 日 午前 9 時 30 分ごろ											
発生場所												
甲	住所	東京都〇〇区〇〇町1丁目2番 (区〇〇-〇〇〇-1234)					姓 名					
	氏名	日本 太郎			生 年 月 日	昭和 32 年 10 月 3 日 男 (46歳)					甲・乙以外の当事者 加	
	車 種	自家用 普通用自動車		車 台 番 号	品川 3000 〇〇〇〇〇〇							
	自賠責 保険関係	有り 安全火災海上		証明書 番 号	123456789							
	事故時の 状 態	<input type="radio"/> 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他										
乙	住所	東京都△△市△△町1234番地 (区〇〇-〇〇〇-1234)										
	氏名	東京 花子			生 年 月 日	昭和 30 年 5 月 27 日 女 (48歳)						
	車 種			車 台 番 号								
	自賠責 保険関係			証明書 番 号								
	事故時の 状 態	<input type="radio"/> 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他										
事故類型	<input checked="" type="radio"/> 人対車同	車 両 相 互					車 両 単 独					不 - 調 査 中
		正面 衝突	側面 衝突	出会い 衝突	接 触	追 突	その 他	斬 断	路 外 逸 脱	衝 突	その 他	
<p>上記の事項を確認したことを証明します。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 16 年 3 月 20 日 自動車安全運転センター</p> <p style="text-align: right;">東京都事務所長 印</p>												
証明番号	12345					照会記録簿の種別	人身事故					

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 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てください。

(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。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</p>		
<p>◆ 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。</p>			
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。

<p>◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。</p>	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>電 話 _____ ()</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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、人身事故の事実には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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 [_____]		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

○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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。