

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												
	所有者住所							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						TEL			証明書 番号										
	任意保険(共済)	名称 所在地 担当者名 ()						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 <div style="text-align: center;"> 長 様 世帯主 住所 氏名 個人番号 </div>																					

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

報告者 甲との関係() 住所
乙との関係() 氏名

※署名又は記名・押印

印

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

住 所

氏 名

印

※署名又は記名・押印

長 様

誓約書

令和 年 月 日 において

が 様を負傷させました。

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

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 の規定により貴職が負担した額を必ず
介護保険法第21条第1項

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

長 様

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。)