

# 第三者行為による傷病届

※ 交通事故・暴力行為など他人(第三者)による行為が原因でケガをしたり病気になり、国民健康保険で治療を受ける場合は早急に届出をお願いします。

(注)

被保険者(被害者)に関すること	個人番号(マイナンバー)		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
	被保険者の記号番号	記号 90- 1392 番号 2019	氏名		中建 太郎 組合員との続柄 本人										
(交通事故の場合は「交通事故証明書」「事故発生状況報告書」その他参考となるものを添付してください。)															
発 生 年 月 日	令和元年 11月 14日 (午前(午後) 18時 30分頃)														
発 生 場 所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目2-34先路上														
原因、負傷時の状況	交差点直進中、左側から来た相手の車と衝突した														
被害の状況	傷病名	(1) 全身打撲、頸椎捻挫	診療開始日	令和元年 11月 14日											
		(2) 両側肘部挫創	国保による診療の予定	令和元年 11月 14日 から											
	(3) 右大腿挫傷			年 月 日 まで											
	傷病の程度		診療の見込み期間	日間 月間 の見込み											
診療を受けている病院名	県立国保病院 電話 0000 (00) 0000 電話 ( ) 電話 ( )														
第三者(加害者)に関すること	氏名	〇田 〇雄 生年月日 昭和00年 00月 00日 (00歳)													
	住所	〇〇県〇〇市〇〇3丁目4-5-101 電話 0000 (00) 0000													
	職業	会社員	勤務先電話	0000 (00) 0000											
	上の使用主	勤務先名称	株式会社〇〇〇					代表者	〇山 〇輔						
		所在地	〇〇県〇〇市〇〇台4丁目-5-6 電話 0000 (00) 0000												
	親権者(加害者が未成年の場合)	氏名													
住所		電話 ( )													
加害者が不明のとき(その理由・状況を詳しく)															
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お届けします。 中央建設国民健康保険組合 理事長 殿 令和元年 12月 18日 住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7 組合員 氏名 中建 太郎 (印)															

支部(出張所)でこの届を受理したら、できるだけ早く「調査書」(中建国保様式第三者第3・7号)を作成し、この届とあわせて本部へ送ってください。届出日現在不明な点については、空白のまま提出し、あとで判りしだい組合に連絡してください。示談が成立している時は示談書の写しを添付してください。

※身元確認	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所( )	※印欄は支部・出張所で確認のうえ記入してください。	
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人( )		
	添付書類	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他( )
		代理権	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 被保険者証	

# 事故発生状況報告書

保険証明書番 号 (甲の)	第1A9999999号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 ○田 ○雄 (電話) 0000-00-0000
自動車の番号 (甲の)	○○777あ8888	乙(被害者)	氏名 中建 太郎 (電話) 0000-00-0000	運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴 曇 雨・雪・霜	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	舗装 してある してない 平坦・坂	歩道(両・片) ある ない 見通し 良いい 悪い	直線・カーブ	積雪路・凍結路
信号又は 標 識	信号 ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他標識
速 度	甲車両 40 km/h (制限速度 40 km/h) 乙車両 40 km/h (制限速度 40 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被害者の状況を图示して下さい。	<p style="text-align: center;">事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)</p>			
上記図の説明を書いて下さい。	<p style="text-align: center;">友人の家に遊びに行った帰り、大通りを抜けて裏道へと                  入った時、交差点の左側から来た甲車と○○方面へ直進                  していた乙車が交差点中央付近で出合い頭に衝突した。</p>			

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。

令和元年 12 月 18 日

報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( 本人 ) 中建 太郎 中

支部にお願い …… 「事故発生状況報告書」は、中建本部より保険会社に提出するものですから  
 ていねいに記入して下さい。

# 念 書

令和元年 11 月 14 日 ( 〇〇県〇〇市〇〇町  
〇〇1丁目2-34先路上 ) において  
( 〇田 〇雄 ) の不法行為により ( 中建 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、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  
を受領することに異議のないことをここに書面をもって申立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴組合にその内  
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、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。

令和元年 12 月 18 日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7  
組合員 氏名 中建 太郎 建

中央建設国民健康保険組合理事長 殿

# 誓 約 書

下記事故による診療費を貴組合で保険給付を行なった分について、国民健康保険法第64条第1項の規定による損害賠償額を責任をもって、貴組合に納付することを誓約致します。

令和元年 12 月 18 日

納入者（相手側）住所 ○○県○○市○○3丁目4-5-101  
氏 名 ○田 ○雄 (印)

連帯保証人住所 ○○県○○市○○8丁目9-10-112  
氏 名 ○山 ○子 (印)

中央建設国民健康保険組合 理事長 殿

## 記

事故発生年月日	令和元年 11 月 14 日	
事故の場所	○○県○○市○○町○○1丁目2-34先路上	
被害者	住所	○○県○○市○○町○○5丁目6-7
	氏名	中建 太郎
加害者	住所	○○県○○市○○3丁目4-5-101
	氏名	○田 ○雄
運行供用責任者		

(注) 国保法第64条第1項では、保険者（中央建設国民健康保険組合）は保険給付事由が第三者の行為によって生じた場合、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得すると定めている。

※基本的には支部・出張所の職員が被保険者（被害者）および第三者（加害者）に関する自動車保険加入状況等を調査し届け出る書類になりますが、被保険者ご自身で記入可能な箇所に関しましては、事前にご記入の上、提出をお願いします（交通事故以外の第三者行為の場合は提出は不要です）。

調 査 書		調 査 年 月 日	年	月	日	
		支部出張所名				
被 害 者 氏 名	中建 太郎		調 査 員 氏 名			
示 談	成立している 示談が成立しているときは、示談書の写 年 月 日					
	成立していない 理由： 治療が終了していないため					
賠償金の内訳	治療費支払方法（自動車保険・被害者負担・加害者負担・国保・その他）					
	治 療 費	円	休 業 補 償 費	円		
	入 院 費		葬 祭 費			
	看 護 料		見 舞 金			
	慰 謝 料		そ の 他			
人身傷害補償保険（特約）の加入	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保 險 会 社 名	東京〇〇火災海上 電話 00(0000)0000			
		証 券 記 番 号	7777777-77	担 当 者 名	〇〇 〇〇	
第三者（加害者）の自動車保険加入状況	保 險 会 社 名	損害保険〇〇		住 所	〇〇県〇〇市〇〇	
		TEL	00(0000)0000			
	証 書 記 番 号	第 1A9999999 号	保 險 自 平 成 31 年 1 月 25 日	期 間 至 令 和 3 年 1 月 25 日		
	保 險 契 約 者 名	氏 名 〇田 〇雄				
		住 所 〇〇県〇〇市〇〇3丁目4-5-101 電話 0000( 00 ) 0000				
	事 故 車 両	車台番号	登録番号 〇〇999あ9999			
	補 償 金 の 請 求	した・ <input checked="" type="radio"/> しない	年 月 日			
	仮 払 金 (内 払) の 受 領	年 月 日 円				
賠 償 金 の 受 領	年 月 日 円					
自動車対人賠償保険（任意保険）あり	保 險 会 社 名	電話 ( )				
	証 券 記 番 号	<input checked="" type="radio"/> なし				
損害賠償請求・支払いに関する取り扱い方法		<input checked="" type="radio"/> 1. 自賠責保険対応 2. 任意一括する 3. その他				
この調査書に添えて提出する書類						
◎交通事故証明書（すでに保険会社に提出しているときは写）						
◎保険会社に請求書類を提出した年月日 及び支店、営業所の名称						
名 称		年 月 日				
所 在 地		電 話 ( )				
担 当 者						

※「交通事故証明書」が止むを得ない理由で入手できないとき、または「交通事故証明書」が「物件事故」扱いのときに記入します。

### 人身事故証明書入手不能理由書

損害保険〇〇

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。)

理由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<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		
	<input checked="" 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		
	<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		
	<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。） 【理由】		
	<input type="radio"/> 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、人身事故の事実には相違ありません。 <i>過失割合に相違があるため、相手方から署名捺印をもらえませんでした。</i>	住所 〒 000-0000 記入日 令和元年 12月 18日
<input type="radio"/> 当事者	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7
<input type="radio"/> 目撃者	氏名 中建 太郎
<input checked="" type="radio"/> その他（被害者）	電話 00（0000）0000
※ 該当する項目に○印をしてください。	

(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： 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		令和元年11月14日 午前6時30分頃 天候 晴れ 午後		
発生場所		〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1丁目2-34先路上		
当事者	甲	住所	〇〇県〇〇市〇〇3丁目4-5-101 電話 (0000) 00 0000	
		氏名	〇田 〇雄	生年月日 昭和00年00月00日(00)才
		自賠償保険契約先	損害保険〇〇	自賠償保険証明書番号 第 1A9999999 号
		登録番号	〇〇999あ9999	事故時の状況 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7電話 (0000) 00 0000	
		氏名	中建 太郎	生年月日 昭和00年00月00日(00)才
		自賠償保険契約先	東京〇〇火災海上	自賠償保険証明書番号 第 2T0000001 号
		登録番号	〇〇111い1111	事故時の状況 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7電話 (0000) 00 0000	
		氏名	中建 花子	生年月日 昭和00年00月00日(00)才
		自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号 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	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇5丁目6-7電話 (0000) 00 0000		
	氏名	中建 一郎	生年月日 昭和00年00月00日(00)才	
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号 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	
	自賠償保険契約先		自賠償保険証明書番号 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。