

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏 名		電 話			
	生 年 月 日		年 月 日生 (歳)			
	被保険者記号・番号		個人番号			
	事故発生日		年 月 日 午前・後 時 分頃			
	事 故 場 所					
	病 院 名		診 療 期 間	・ ・ ～ ・ ・	転 帰 欄	治ゆ・継続・()
				・ ・ ～ ・ ・		治ゆ・継続・()
				・ ・ ～ ・ ・		治ゆ・継続・()
被 保 険 者		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()				
相 手 方		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()				

相 手 方	氏 名		男・女		年齢 歳	
	住 所		電話			
	勤 務 先		電話			
	保 險 者 契 約 者	氏名				
		住所 電話				
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族（続柄 ） ・ その他			
	自 動 車		車両番号(ナンバープレート)			
	自賠責保険		会社名	証明書番号		
任 意 保 険		会社名	担 当 者 名			

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

鹿屋市長 様

住 所
世帯主
氏 名 印

事故発生状況報告書

事故	発 生 年 月 日		年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発 生 場 所					
当事者	甲（相 手 方）					
	乙（被保険者・医療受給者）					
天 候	晴・曇・雨・雷・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	朝 ・ 昼 ・ 夕方 ・ 夜	
速 度	甲車 km/h（制限速度 km/h）			乙車 km/h（制限速度 km/h）		
見 通 し	良 い ・ 悪 い	信 号	有 り ・ 無 し	標 識	有 り ・ 無 し（ ）	
事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）						
甲（相手車） 乙（自車） 人 間  自 転 車  信 号  一時停止  進行方向  オートバイ 						
書上 い記 て図 くの だ説 さ明 いを						

年 月 日

甲との関係（ ）

報告者

印

乙との関係（ ）

念 書

年 月 日 () において、加害者
() の不法行為により被害者 ()

の被った事故について 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 6 4 条 第 1 項 の規定
により 保 険 者 が給付の価額の限度において取得し、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し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、あなた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 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をあなたに届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求
のために、取得、又は利用することに同意します。

鹿 屋 市 長 様

年 月 日

住 所 鹿屋市

氏 名

印

誓 約 書

保 険 者 国民健康保険 被 保 険 者 保険給付
貴 の ~~後期高齢者医療~~ の下記 が受けた
~~広域連合~~ ~~介護保険~~ ~~医療受給者~~ ~~医療給付~~

は、私の不法行為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。

保険給付額

1. ~~医療給付額~~ 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

~~介護給付額~~

国 保 給 付 分

2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは ~~後期高齢者医療給付分~~ に限り、何人に対
~~介護給付分~~

しても示談の効力を主張しないこと。

3. 上記1の支払に充てるため保険会社（農業共同組合）に対して有する自動車

保険給付額

損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、~~医療給付額~~
~~介護給付額~~

を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所
氏名

印

保証人 住所
氏名

印

鹿屋市長 殿

記

保 有 者	住所			
	氏名			
運 転 者	住所	※		
	氏名	※	契約者との関係	※
被 保 険 者 医療受給者	住所			
	氏名			

「注1」 ※印欄は契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。

2 交通事故以外も、これに準ずる。

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。)

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。	☐ 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	<table border="1"> <tr> <td align="center">警察 担当官</td> <td align="center">届出年月日</td> <td align="center">年 月 日</td> </tr> <tr> <td align="center">(判明している場合)</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	警察 担当官	届出年月日	年 月 日	(判明している場合)		
警察 担当官	届出年月日	年 月 日					
(判明している場合)							

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。	
☐ 当事者 ☐ 目撃者 ☐ その他 () ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 _____ 記入日 _____ 年 月 日 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 () _____

(注) 本欄は、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	☐ 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： _____ 年 月 日

人身事故証明書入手不能理由書記入にあたって

加害者_____様に人身事故証明書入手不能理由書に署名、捺印をお願いしましたが応じてもらえませんでしたので、被害者_____が記名捺印しました。
よろしくお願いします。

年 月 日

被害者 _____ 印