

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~~

2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは 国 保 給 付 分
~~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。