

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
乙との関係（ ）

印

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。