様式２号　後期

第三者行為による傷病届

被保険者 （医療受給者）		フリガナ		世帯主との続柄	被保険者番号
		氏 名 明・大・昭　　年　　月　　日生 （　　）歳			
		電話		携帯	
事故の状況	発生日時	年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃			
	発生場所				
	原因・状況				
診療関係	傷病名		初診日	年　　月　　日	
			治癒までの見込み	入院　　日　通院　　日	
	病院名		治療期間	～	
			治療期間	～	

相手方	フリガナ		電話（自） （勤） 携帯	
	氏名			
	住所			
		保有者との関係	本人・従業員・その他 親族（　　）続柄	明・大・昭・平・令　年　月　日生
	車の保有者	住所		
		名称 代表者　　電話		
	示談状況			
	自賠責保険	保険会社名	電話	
		証明書番号		
		保険契約者　住所氏名	電話	
	任意保険	保険会社名	電話	
		証券番号	担当者	

上記のとおりお届けします。

令和　　年　　月　　日　　住所

大分県後期高齢者医療広域連合長　様　　氏名

様式５号

事 故 発 生 状 況 報 告 書

当事者	甲	相 手 方	氏　名			
	乙	被保険者 （医療受給者）	氏　名			運転・同乗 歩行・その他
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	舗装	してある していない	歩道（両・片）	ある ない	直線・カーブ		
	平坦 ・ 坂		見通し	良い 悪い	一方が	優先道路 又は広路	
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	一時停止	ある ない	
速　　度	甲車両　　km／h（制限速度　　km／h）、乙車両　　km／h（制限速度　　km／h）						

事故現場における自動車と被害者の状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅をｍで記入してください）

※略図及び説明はできるだけ詳しく記入してください。

相手者（甲）
自　車（乙）
進行方向
信　　号
一時停止
人　　間
自　転　車
オートバイ

上記図の説明を書いて下さい。

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

令和　　年　　月　　日　　報告者　　甲との関係（　　）

乙との関係（　　）　　㊞

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	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電　話＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿＿＿

（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。

責任者	担当者

□ 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆　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 】

〇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。）

<table>
<tr><td colspan="3">発生年月日時</td><td colspan="4">年　月　日　午前
午後　時　分頃　天候</td></tr>
<tr><td colspan="3">発生場所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="17">当事者</td><td rowspan="4">甲</td><td>住所</td><td colspan="3">電話（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
平・令　年　月　日(　)才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">乙</td><td>住所</td><td colspan="3">電話（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
平・令　年　月　日(　)才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丙</td><td>住所</td><td colspan="3">電話（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
平・令　年　月　日(　)才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">丁</td><td>住所</td><td colspan="3">電話（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
平・令　年　月　日(　)才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
<tr><td rowspan="4">戊</td><td>住所</td><td colspan="3">電話（　）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
平・令　年　月　日(　)才</td></tr>
<tr><td>自賠責保険契約先</td><td></td><td>自賠責保険証明書番号</td><td>第　号</td></tr>
<tr><td>登録番号</td><td></td><td>事故時の状況</td><td>運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他</td></tr>
</table>

※　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。

様式３号

念　　書（被保険者側）

私が（ 平成 ・ 令和 ）　　年　　月　　日　　において

の不法行為により被った保険事故について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法令（注１）の規定により、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を理解しましたので下記の事項を遵守することをここに書面をもって誓約します。

記

１.相手側と示談を行おうとする場合は､必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
２．相手側に白紙委任状を渡さないこと。
３．相手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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
４．本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
５．本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを法令（注１）に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して提出することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

市　町　村
国保組合理事　　長殿
広 域 連 合

（注１）　各保険における根拠法令は次のとおり

国民健康保険：国民健康保険法第 64 条第 1 項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法：介護保険法第 21 条第 1 項

様式６号

誓　　約　　書（相手者側）

貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものでありますので、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。

１．保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
２．被害者（被保険者）と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
３．貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは､国民健康保険（後期高齢者医療）給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
４．上記１の支払に充てるため　　保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険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。
５．上記４項記載の優先権を承認します。

令和　　年　　月　　日

誓約者　　住所
　　氏名

連帯保証人※1　住所
　　氏名

市　町　村
国保組合理事　　長　様
広 域 連 合

記

保　有　者	住　所			
	氏　名			
相　手　者 （運 転 者）※2	住　所			
	氏　名		誓約者との関係	
被　害　者 （被保険者）	住　所			
	氏　名			

※1　連帯保証人は自動車損害賠償保険（共済）のみ加入の方が必要となります。

※2　相手者（運転者）欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。

【記入例】

様式２号　後期

第三者行為による傷病届

被保険者（医療受給者）	フリガナ　コウイキ　タロウ		世帯主との続柄	被保険者番号
	氏名　広域　太郎 明・大・(昭)　**年**月**日生（**）歳			10000000
	電話　097-534-1771		携帯　080-8888-0000	
事故の状況	発生日時	令和　**年　**月　**日　午前・(午後)　**時　**分頃		
	発生場所	大分市西春日町00番00号		
	原因・状況	○○○で○○しようとしたところ衝突した		
診療関係	傷病名	打撲	初診日	令和**年 **月 **日
			治癒までの見込み	(入院)　日　通院　日
	病院名	大分広域医療病院	治療期間	R**.**.**～R**.**.**
			治療期間	～

相手方	フリガナ	オオイタ　ハナコ	電話（自）097-534-1731（勤）	
	氏名	大分　花子	携帯　070-7777-0000	
	住所	別府市東町11番00号		
	保有者との関係	(本人)・従業員・その他 親族（　）続柄	明・大・(昭)・平・令　**年　**月　**日生	
	車の保有者	住所　同上		
		名称 代表者　大分　一	電話　097-534-1731	
	示談状況	な　し		
	自賠責保険	保険会社名	東京○○○○保険	電話　097-111-1111
		証明書番号	LL111111KKM	
		保険契約者 住所氏名	別府市東町11番00号 大分　一	電話　097-534-1731
	任意保険	保険会社名	日本○○○○保険	電　話 097-333-3333
		証券番号	MM2222EER	担当者　田中　二郎

上記のとおりお届けします。

令和　**　年　**　月　**　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

住所　大分市東春日町17番20号

氏名　広域　太郎

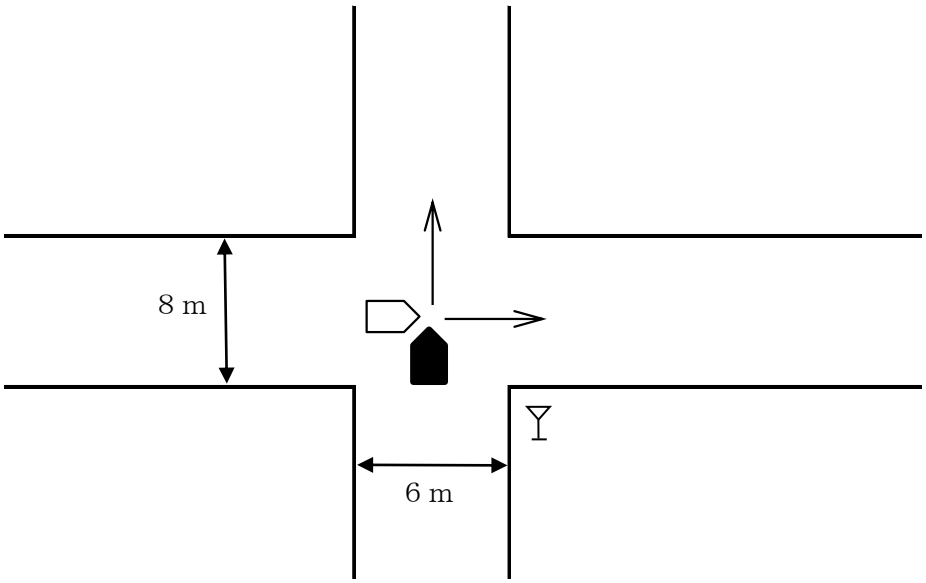
様式５号

事 故 発 生 状 況 報 告 書

当事者	甲	相 手 方	氏 名	**大 分　花 子**	
	乙	被保険者（医療受給者）	氏 名	**広 域　太 郎**	運転・同乗・歩行・その他
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	舗装 してある／していない　歩道（両・片） ある／ない　直線・カーブ 平坦・坂　見通し 良い／悪い　一方が 優先道路又は広路				
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　一時停止 ある／ない				
速　度	甲車両 **40** km／h（制限速度　km／h）、乙車両 **5** km／h（制限速度　km／h）				

事故現場における自動車と被害者の状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅をｍで記入してください）



※略図及び説明はできるだけ詳しく記入してください。

相手者（甲）
自　車（乙）
進行方向
信　号
一時停止
人　間
自転車
オートバイ

上記図の説明を書いて下さい。

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日　報告者　甲との関係（　）　**日本〇〇〇〇保険**

乙との関係（　）　**田中　二郎**　㊞

〇事故証明書が添付できない場合に記入してください。

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 ※　該当する項目に〇印をしてください。 ※　複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。	◉ 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	警察　担当官 大分〇〇 （判明している場合）	届出年月日	令和　＊＊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、人身事故の事実に相違ありません。

◉ 当事者
○ 目撃者
○ その他（　　）
※　該当する項目に〇印をしてください

住　所　〒***-****　　記入日　＊＊年＊＊月＊＊日
大分市東春日町 17 番 20 号
氏　名　広　域　太　郎　　㊞
電　話　　（　　）

（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。

責任者	担当者

□ 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆　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：令和　　年　　月　　日 】

〇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 **年 **月 **日　午前・午後　＊＊時＊＊分頃　天候　晴れ		
発生場所			大分市西春日町 00 番 00 号		
当事者	甲	住所	別府市東町 11 番 00 号　電話 0977（00）1111		
		氏名	大　分　花　子	生年月日	明・大・昭・平　**年**月**日(＊＊)才
		自賠責保険契約先	東京〇〇〇〇保険	自賠責保険証明書番号	第　LL111111KKM　号
		登録番号	TTTTDDDD11	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	乙	住所	大分市東春日町 17 番 20 号　電話 097（534）1711		
		氏名	広　域　太　郎	生年月日	明・大・昭・平　**年**月**日(＊＊)才
		自賠責保険契約先	あいうえお保険	自賠責保険証明書番号	第　MM222222RRU　号
		登録番号	KKK000033 大分 00 ん　00-01	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	丙	住所	電話　（　）		
		氏名		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日(　)才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	電話　（　）		
		氏名		生年月日	明・大・昭・平　年　月　日(　)才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	明・大・昭・平　年　月　日(　)才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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。

様式３号

念　　書（被保険者側）

私が（ 平成 ・ 令和 ）　　**年　**月　**日**大分市西春日町 00 番 00 号**において**大 分　花 子**の不法行為により被った保険事故について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法令（注１）の規定により、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を理解しましたので下記の事項を遵守することをここに書面をもって誓約します。

記

１．相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
２．相手側に白紙委任状を渡さないこと。
３．相手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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
４．本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
５．本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを法令（注１）に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して提出することに同意します。

令和　**　年　**　月　**　日
住所　**大分市東春日町 17 番 20 号**
氏名　**広 域　太 郎**　　印

市　町　村
国保組合理事　　長殿
広 域 連 合

（注１）　各保険における根拠法令は次のとおり
国民健康保険：国民健康保険法第 64 条第 1 項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法：介護保険法第 21 条第 1 項

誓　　約　　書　（相手者側）

貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものでありますので、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。

１．保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
２．被害者（被保険者）と示談するときは、貴殿の書面による承諾を得ること。
３．貴殿の書面承諾なしに示談をしたときは､国民健康保険（後期高齢者医療）給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
４．上記１の支払に充てるため　**東京〇〇〇〇**　保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険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。
５．上記４項記載の優先権を承認します。

令和 ** 年 ** 月 **日

誓約者　　住所　**別府市東町 11 番 00 号**
氏名　　**大　分　花　子**

連帯保証人※1　住所
氏名

市　町　村
国保組合理事　　長　様
広　域　連　合

記

保　有　者	住　所	**別府市東町 11 番 00 号**	
	氏　名	**大　分　一**	
相　手　者 （運 転 者）※2	住　所		
	氏　名		誓約者との関係
被　害　者 （被保険者）	住　所	**大分市東春日町 17 番 20 号**	
	氏　名	**広　域　太　郎**	