

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

年 月 日

大野城市長殿

世帯主 住 所
氏 名
電 話

次のとおりお届けします。

法制 一般 ・ 退職

被保険者証記号・番号		個人番号			
被保険者	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才)		
	氏 名	性別	男・女	職業	
事故の内容	発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発 生 場 所				
	事故原因と状況				
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 (いづれか○印)		届出所轄署	警察署
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()			
被保険者の人身傷害補償保険について		有 ・ 無	損 保 名 [会社] サービスセンター 担当者名 [] 電話番号 []		

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所						
		フリガナ			電 話			
		氏 名	性別	男・女	年令	才	職業	
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()					
	保有者 (所有者・使用主)	住 所 (所在地)						
		電 話						
		名 称						
代 表 者								
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()						

第三者の 共済 関係	自賠責 保険	保険会社(又は農協)				共済 証明書番号				
		保 険 契 約 者	住 所	電話						
			フリガナ 氏 名			共済 保 險 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日		
		相手者の自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号	
	任意保険 (対人) の有無	有・ 無	契約保険会社		保険会社(共済) サービスセンター					
					電話番号 ()		担当者			
			証券番号		第 号					

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度				治療終了日【 年 月 日】		
	医療機関の所在地・名称						
	診 療 の 期 間 (見 込 み 期 間)		年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入 ・ 外)		年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入 ・ 外)		
示 談	示談が成立した (年 月 日) ・ 交 渉 中 ・ 示談はしない 示談をする予定 (月 ごろ) ・ 裁判の見込み						
損害賠償金を受領した場合		名 目		金額又は品目		受領年月日	

連 絡 先	大野城市国保年金課			電 話 (092-580-1952)
-------	-----------	--	--	----------------------

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

[illegible]

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	住所		氏名 (電話)

年 月 日

甲との関係 ()

報告者

乙との関係 ()

氏 名 _____ 印 _____

五

念 書（兼 同意書）

事故発生年月日	年 月 日		
被保険者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

（確認事項）

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）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 大野城市 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（以下「求償事務」という。）。
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して 大野城市 に支払われること。

（同意事項）

- 2 上記事故に関して、大野城市 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
- (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、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説明を受けること。
- (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

（遵守事項）

- 3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず 大野城市 に申し出ること。
- (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 大野城市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
- (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

親権者

印

大 野 城 市 長 様

（注）被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

【 国民健康保険用 】

同 意 書

年 月 日 (場所: _____) において、私(_____)の不法行為により被保険者(_____)が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して 大 野 城 市 に支払われることに異議なく同意します。

年 月 日

相 手 者

住所

氏名

印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

印

(代表者名)

大 野 城 市 長 殿

【相手者提出用】

誓 約 書（相手者側）

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、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。

1. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者（大野城市）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（大野城市）に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため_____保険会社（農業協同組合）
に対して、有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から保険者
（大野城市）が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく
同意いたします。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

大 野 城 市 長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。