

県支部受付印	
--------	--

第三者行為による傷病届(交通事故用)

本部受付印	
-------	--

被害者	記号・番号	92- -											
	被害者の氏名	フリガナ		被害者の個人番号									
		氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別		1:男 2:女		
	負傷の日時		年 月 日		午前・午後		時 分頃						
負傷の内容	事故発生の場所												
	事故発生の具体的原因とその理由												
	負傷の程度		死亡・重傷・軽傷		入院 通院	日間 日間	の見込	後遺症	残る・残らない・不明				
	国保診療		年 月 日 から開始										
	違反等		飲酒運転: している / していない		無免許運転: している / していない								
	過失の割合		自分の過失が ()割 ・ 相手の過失が ()割 理由:										
第三者(加害者)に関する事項	住 所								電話				
	氏 名				生年月日	年 月 日		才	職業				
	加害者の使用者		所在地										
			名称							電話			
			代表者名										
	交通事故のとき	強制保険	有・無		保険金受領		年 月 日 金 円						
任意保険		有・無		保険金額		金 円							
示談		成立した (年 月 日) ・ 成立していない											

上記の通り報告します。

年 月 日

■申請者[組合員]

住所	〒 - 電話番号 () -										
	都 道 府 県										
氏名	フリガナ							個人番号			

■注意事項

- 1.個人番号欄には通知カードまたは個人番号カードに記載された12ケタの番号を記入してください。
- 2.申請する時は本紙に必要な書類を添付のうえ事業所に提出し、下記により事業主の確認を受けてください。

■事業主確認欄 上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒 - 電話番号 () -										
	都 道 府 県										
事業所名				事業主名							

事故発生状況報告書(交通事故用)

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)		
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話)		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 <input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道(両・片) <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	直線・カーブ			
	平坦・坂	見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪路・凍結路			
信号又は 標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他の標識()			
速度	甲車両 km/h(制限測度 km/h)		乙車両 km/h(制限測度 km/h)			
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)					
	自 車 					
	相手車 					
	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通りご報告申し上げます。

年 月 日

報告者 甲との関係() 住所
乙との関係() 氏名

自賠責保険及び任意保険(対人)明細書

(自 賠 責 保 険)

自賠責保険会社名		保険会社・農業協同組合 支店		
同 支店住所		〒 - TEL ()		
証明書番号				
保 険 契 約 者	住 所	〒 - TEL ()		
	氏 名			
自 動 車	種 別		府 県 別	
	登録番号又は車両番号			
	車 体 番 号			
保 険 契 約 期 間		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		
保 有 者	住 所	〒 - TEL ()		
	氏 名			
運 転 者	住 所	〒 - TEL ()		
	氏 名		性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女 歳
	保有者との関係			

(任 意 保 険 ・ 対 人)

任意保険契約		有 ・ 無 (該当箇所を○印で囲んで下さい)		
保 険 会 社 名		保険会社・農業協同組合 支店		
同 支店住所		〒 - TEL ()		
証明書番号				
保 険 契 約 者	住 所	〒 - TEL ()		
	氏 名			
保 険 契 約 期 間		自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		

上記は相手方(加害者)に関する記載事項で、車検証とそれに添付してある書類を見ればわかります。

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。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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】 _____ _____ <input type="radio"/> 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、関係者の署名もしくは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。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> 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、自賠償保険に請求(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) 該当する口のすべてに✓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	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 (_____)		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: _____ 年 月 日 】

○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		年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	第 号	
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年月日()才		
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。

念 書

(事故発生場所)

年 月 日 _____ において
(加害者名) (被害者名)

_____の不法行為により _____の被った保険事故について、
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64条第1項の規定によって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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 万一、保険者に無断で示談を取結んだ場合は、国民健康保険法第64条第2項の規定によって、保険者より給付を受けた価額の限度において損害賠償の責に任ずること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 加害者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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
5. 治療が終了した場合、速やかに保険者に連絡すること。

また、次の事項に同意します。

1. 損害保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳等の情報について、関係損害保険会社が保険者へ情報を提供し、それらを受けすること。
2. 保険者が損害賠償請求事務において必要な診療報酬明細書及び傷病届等資料の写し、並びにこの念書に関係損害保険会社へ提供すること。
3. 保険者が保険給付又は損害賠償請求事務に必要と認める場合、警察、地方公共団体、検察、医療機関、保険会社、他の保険者等の各機関に対し調査・照会を行い、回答を得ること。
4. 保険者が前項の調査・照会によって各機関に資料の開示を求め、提供を受けすること。
5. 求償事務を保険者が必要とする範囲で東京都国民健康保険団体連合会に委任すること。

年 月 日

〒 -

住 所

氏 名

印

全国板金業国民健康保険組合理事長 殿

誓 約 書

貴国保組合の下記の被保険者が受けた傷病は、私の不法行為(交通事故)に基づくものですので、被害者が国民健康保険法による給付を受け、保険者である貴国保組合より国民健康保険法第64条による損害賠償請求を受けた場合は、私が誠意を持って確実にお支払いすることを誓約します。

なお、万一この誓約に反する場合は、どのような措置をとられても異議ありません。

年 月 日

〒 ー

住 所

誓約者

氏 名

印

〒 ー

住 所

保証人

氏 名

印

誓約者との関係

全国板金業国民健康保険組合 理事長 殿

記

被 害 者	住 所	
	氏 名	
事 故 年 月 日	年 月 日	
事 故 発 生 場 所		