

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号	北建 29-2929	組合員氏名 (被害者名)	北 建太郎 (キタ ケンタロウ)	組合員との続柄	本人
加害者	住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号	氏名	加害者男	職業	TEL 011-123-0000
加害者の 使用主	住所	札幌市〇〇区〇〇9丁目9番9号	氏名	事業主男	職業	TEL 011-000-1234
負傷の日時 及び場所	令和元年5月1日 午前1時0分頃 場所 〇〇市〇〇町1丁目1番1号					
発病の原因又は 負傷時の状況	自動車で交差点を直進中、右折してきた対向車と衝突。					
傷病又は 負傷の程度	頸椎捻挫	治ゆまでの の見込み	入院 1 日 通院 2 日 医療費	100,000 円		
	国保による診療	令和元年5月1日から	している。	していない。		
診療を受けた 機関名	当初 〇〇〇〇病院		移転後 〇〇〇〇整形外科			
被害者側の 保険会社名	〇〇〇〇損害保険株式会社			担当者 連絡先	TEL () 000-0000	
自 動 車 事 故 自 動 車 合	自賠責保険 契約会社名	△△△△損害保険株式会社		証明書番号	第 AB0000000 号	
	保険期間	自 平成 元年 5 月 1 日 ~ 至 平成 2 年 4 月 30 日 時 月 間				
	契約者住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号		契約者氏名	加害者男	
	所有者住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号		所有者氏名	加害者男	
	登録番号又は 車両番号	札幌〇〇△〇〇〇〇		車台番号	XYZ〇△□〇△□	
任意保険 (対人)の有無	有 (□□□□損害 保険株式(相互)会社) 無 組合					
損害賠償に関 する 交渉の経過						
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届け出します。						
令和元年5月20日						
組合員						
住所 札幌市〇〇区〇〇29丁目29番29号						
氏名 北 建太郎 印						
北海道建設国民健康保険組合 保険者等代表者 理事長 様						
注1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。						
2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付 添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写を提出してください。						
3. 自動車の轆き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。						
4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。						

誓約書 (加害者側)

1. 貴(保険者等)の 国民健康保険 の下記 **被保険者加入者** が受けた 保険 給付は 交通事故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 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

(2) 上記1の支払に充てるため △△△△損害 保険株式会社 (共済農協組合) に対して 有する自賠責保険(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。

2. 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

令和 元 年 5 月 20 日

誓約者 住所 札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号

氏名 加害者男 ㊞

北海道建設国民健康保険組合
保険者等代表者氏名 理事長

様

記

被害者	住所	札幌市〇〇区〇〇29丁目29番29号	
	氏名	北 建太郎	
保有者	住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号	
	氏名	加害者男	
加害者	住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号	
	氏名	加害者男	
※加害者と誓約者との関係		自賠責(共済)証明書番号	AB0000000

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

念書(兼同意書)

1 私が下記交通事故で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ときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

- 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険(共済)からの損害賠償金を貴殿が優先して受領されること。
- 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害者側から金品を受けたとき、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。

2 私が被った保険事故について、私の個人情報を以下に掲げる利用目的のため損保会社等に対し提供することに同意します。

- 提供する個人情報
 - 保険事故に関する国民健康保険診療報酬明細書
 - 第三者行為による被害届(交通事故)
 - 交通事故証明書
 - 事故発生状況報告書
 - 念書(兼同意書)
 - その他

- 利用目的
損保会社等に対する第三者行為の求償事務

令和元年5月20日

誓約者 住所 札幌市〇〇区〇〇丁目29番29号

氏名 北 建太郎 印

北海道建設国民健康保険組合
保険者等代表者氏名 理事長

様

記

事故発生年月日	令和元年5月1日	事故発生場所	〇〇市〇〇町1丁目1番1号
加害者	住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号	
	氏名	加害者男	
被害者	住所	札幌市〇〇区〇〇29丁目29番29号	
	氏名	北 建太郎	
※被害者と誓約者との関係			

※印欄は、誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

△△△△損害保険株式会社 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。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p>【理由】</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

◆ 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	<input type="radio"/> 警察 <input type="radio"/> 担当官 (判明している場合)	届出年月日	元 年 5 月 1 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、人身事故の事実には相違ありません。

<input type="radio"/> 当事者	住所 〒000-0000	記入日	元 年 5 月 1 日
<input type="radio"/> 目撃者	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号		
<input type="radio"/> その他 ()	氏名	加害者男 (印)	
※ 該当する項目に○印をしてください	電話	011-123-0000	

(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、または目撃者の方をご記入ください。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、または目撃者の方をご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 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：令和 _____ 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		元年 5 月 1 日 午前 1 時 0 分頃 天候 晴			
発生場所		〇〇市〇〇町1丁目1番1号			
当事者	甲	住所	札幌市〇〇区〇〇1丁目1番1号 電話 011-123-0000		
		氏名	加害者男	生年月日	大・昭平・令 10年10月10日(20)才
		自賠責保険契約先	△△△△損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 AB0000000 号
		登録番号	札幌〇〇△〇〇〇〇	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	札幌市〇〇区〇〇29丁目29番地29号 電話 011-029-2929		
		氏名	北 建太郎	生年月日	大・昭平・令 29年2月9日(65)才
		自賠責保険契約先	〇〇〇〇損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 CD0000000 号
		登録番号	札幌□□〇□□□□	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	大・昭平・令 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	大・昭平・令 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	大・昭平・令 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。