

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		
	公費医療 子ども医療 重度障がい者医療 ひとり親家庭等医療		保険者名		
	受給者番号		公費負担市区町村名		
	築上町				
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	届出者情報	氏名 / 生年月日	生年月日		
	※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	住所 / 電話	年 月 日		
	TEL	()			
	TEL	()			
(受 診 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	氏名	生年月日		
	住所 / 電話	氏名	年 月 日		
	TEL	()			
	TEL	()			
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	氏 名	TEL		
	住所 / 電話	TEL	()		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	☐		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名	ふりがな		
	登録番号 / 車台番号	登録番号	氏 名		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間	車台番号		
	年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責証明書番号	第 号		
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名	担当部署		
	取扱店所在地 / 電話	TEL	()		
	担当者名 / E-mail	TEL	E-mail		
	保険契約者名	TEL			
	住所	TEL			
	保険期間 / 契約番号	契約番号	第 号		
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被 害 者 加 入 の 保 険 会 社 の 関 与	関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 ☐ 無 ☐	保険会社名	担当部署		
		担当者氏名	TEL		
			()		
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名	入 院	治療開始日	年 月 日
		有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日	
	住所 / 電話番号	TEL	()		
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名	入 院	治療開始日	年 月 日
		有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日	
	TEL	()			
	③ 診療機関名	入 院	治療開始日	年 月 日	
	有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日		
	TEL	()			
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	☐		

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第	号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車 登録番号			乙 (被害者)	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：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い) 中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)						
信号又は標識	信号：(ある・ない) ・ 自車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青・赤・黄) 駐停車禁止：(されている・されていない) ・ その他標識：()						
速 度	甲車両： km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両： km/h (制限速度 km/h)						
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。) 自 車(乙)  相手車(甲)  進行方向  信 号  一時停止  人  自 転 車 バ イ ク 						
事故発生 の状況 (経緯)							
被害者の 負傷 状況	日	☐ 出勤日 ☐ 休日 (定休日・休暇を含む) ☐ その他 ()					
	時 間 帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他 () (パート・アルバイト含)					
	場 所	☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()					
	労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) ☐ 加入有 ☐ 加入無					

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者等) :

※未成年の場合は親権者等

印

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

事故発生状況報告書

犬咬傷用

下記のとおり報告いたします。

甲 (畜犬の所有者)	氏名		乙 (被保険者)	氏名		
犬咬傷		発生年月日及び時間		年		月 日 時 分頃
現場における状況を図示して下さい。						

年 月 日

報告者 甲との関係 () 乙との関係 ()

氏 名 印

人身事故証明書入手不能理由書

■ 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。	☐ 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、人身事故の事実には相違ありません。	
☐ 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 (印) 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□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	☐ 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 】

○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	明・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
	乙	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	明・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
	丙	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	明・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	明・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	明・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。

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 項の規定によって築上町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 築上町 に支払われること。

（同意事項）

- 2 上記事故に関して、築上町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、必ず築上町に申し出ること。
 - (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、必ず前もって築上町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

築上町長 殿

（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。

様式 11 号

【 国民健康保険用 】

誓 約 書（相手者側）

貴町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

築上町長 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。

様式 11 号

【 動物占有者用 】

誓 約 書（相手者側）

貴町の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私が占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として下記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（市町村等）に支払うこと。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出て、了解を得ること。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名

印

連帯保証人 住 所

氏 名

印

築上町長 殿

動物の占有者	住 所			
	氏 名			
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。

【 傷害事件用 】

誓 約 書（相 手 者 側）

貴町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、下記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（市町村等）に支払うこと。
- 2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者（市町村等）に申し出
て、了解を得ること。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 印

連帯保証人 住 所
氏 名 印

築上町長 殿

相手者	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。

【 国民健康保険用 】

同 意 書

令和 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築上町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)

築上町長 殿