

第三者行為に係る提出書類 一覧（交通事故）

No.	提出書類	指定様式	提出書類名
1	◎	●	第三者の行為による被害届
2	◎		交通事故証明書＜原本＞ ※ 写しの場合は、 原本の所在を明記
3	○	●	人身事故証明書入手不能理由書 ※ 交通事故証明書が 物件事故の場合
4	◎	●	事故発生状況報告書 <道路幅員も記入>
5	◎	●	念 書
6	◎	●	個人情報の取り扱いに関する同意書 ※ 死者の場合 不要
7	◎	●	誓 約 書 ※ 加害者が記入 <拒否の場合は、理由を空欄に明記し提出>
8	△		診 断 書
9	△		自 賠 責 保 険 の 写 し
10	△		任 意 保 険 の 写 し
11	◎	●	国民健康保険医療の適用終了報告書

- ※ No.1～No.10の書類については、できるだけ早く、提出してください。
- ※ No.11の書類については、治療が終了（症状固定）後に、提出してください。

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者 記号・番号	坂戸 ー		被保険者 氏名	年 月 日生		
	世帯主との 続柄			個人番号			
加害者	住所	電話		氏名	職業		
加害者の使用主	住所	電話		氏名	職業		
負傷の日時 場所	年 月 日	午前	時 分頃	場所			
事故発生の原因 及び状況							
傷病名及び 負傷の程度				治癒まで の見込み	入院 日 通院 日	診療費総額 円	
	国保による診療 年 月 日 している・していない						
診療を受けた 病院又は診療所	当初			住所			
	転医後			住所			
自動車事故 の場合の 加害自動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式会社 農業協同組合		登録番号 車両番号			
	契約者住所			氏名			
	所有者住所			氏名			
	任意保険 の有無	有・無	有の場合の保険会社名		保険株式会社 農業協同組合		
	証券番号						
	契約者住所			氏名			
損害賠償に関する 交渉経過							
<p>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ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">坂戸市長 あて 住所 世帯主 氏名</p>							

- 注 1 事故発生の原因及び状況は、できるだけ詳細に記入してください。
- 注 2 損害賠償に関する交渉経過は、詳細に（例えば、〇月〇日見舞金をどれだけ受け取る、医療費はどちらで負担する等）記入し、示談が成立したときは、示談書の写しを提出してください。
- 注 3 後日の調査のために、関係者の電話番号を記入してください。

念 書

年 月 日()において()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、あわせて次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、必ず前もって貴市にその内容を申し出ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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、
かつ遅滞なく貴市に届け出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊟

坂 戸 市 長 あて

個人情報取り扱いに関する同意書

私は、国民健康保険法(以下「法」という。)第64条に基づく^(※1)第三者行為損害賠償求償事務(以下「求償事務」という。)における個人情報の収集・利用・提供・照会・調査に関し、次の事項について同意いたします。

- 1 坂戸市が、法第64条第3項に基づく求償事務の委託先である埼玉県国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)に対し、被保険者が被った交通事故に係る個人情報(以下「個人情報」という。)を提供すること。^(※2)
- 2 連合会が次の業務を行うこと。
 - (1) 市町村又は国民健康保険組合(以下「保険者」という。)から提供された当該被保険者に関する個人情報を保有し、かつ利用すること。

また、同個人情報を、損害賠償金を請求するための添付書類として、加害者が加入する損害保険会社(自動車損害賠償責任保険等)に対し提供すること。
 - (2) 当該被保険者に関する診療報酬明細書の内容について、その診察・治療等を行った医療機関(医師)等に対し、照会し、かつ回答を受けること。
 - (3) 損害賠償金を請求するために、当該被保険者に関する交通事故の詳細について、調査(刑事記録や実況見分調書の取り寄せ等)すること。
 - (4) 損害賠償金を請求するための事務処理の範囲内において、当該被保険者に関する必要な情報(後遺障害診断書等)を関係機関から収集すること。
 - (5) (2)、(3)及び(4)に基づいて収集した個人情報について、(1)に準じ取り扱うこと。

以上

令和 年 月 日

同意者(被保険者)

住所

氏名

印

(親権者)

氏名

坂戸市長 石川清様
埼玉県国民健康保険団体連合会
理事長 木津雅晟様

(※1)「第三者行為損害賠償求償事務」とは、国民健康保険の被保険者が交通事故により被った損害のうち、保険者が支払った医療費を、加害者が加入する損害保険会社(自動車損害賠償責任保険等)に対し請求することです。

(※2)「被保険者が被った交通事故に係る個人情報」とは、①交通事故証明書、②事故発生状況報告書、③第三者の行為による被害届(写)、④念書、⑤診療報酬明細書(写)、などです。

(※3)「診療報酬明細書」とは、保険医療機関や保険薬局が保険者へ医療費を請求するための請求書のこと、カルテから作成され、すべての保険診療の内容が記入されているものです。診療報酬明細書は、入院と外来の別に1か月(暦月)に1枚作成され、保険者に提出されます。

誓 約 書

坂戸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(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 保険給付確定額のうち、私の過失割合に応じた損害賠償金を貴市に支払うこと。
- 2 上記1の支払いに充てるため、貴市が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険(共済)等から支払いを受けることを承諾すること。

令和 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

Ⓜ

保証人 住 所

氏 名

Ⓜ

坂戸市長 あて

記

保 有 者 (車両事故の場合)	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者	住 所			
	氏 名		誓約者との 関 係	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

令和 年 月 日

坂戸市長 あて

被害者 住所

氏名 ⑩

第三者
(加害者) 住所

氏名 ⑩

保険会社 住所

氏名 ⑩

国民健康保険医療の適用終了について（報告）

このことについて、下記のとおり 年 月 日の第三者行為における国民健康保険医療の治療を受け、その治療が終了（症状固定）したので報告します。

記

医療機関名	治療期間	入・通院の別
	年 月 日 ～ 年 月 日	入院・通院
	年 月 日 ～ 年 月 日	入院・通院
	年 月 日 ～ 年 月 日	入院・通院
	年 月 日 ～ 年 月 日	入院・通院
	年 月 日 ～ 年 月 日	入院・通院

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。)

<p style="text-align: center;">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> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>		
<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。</p>			
届出警察	<p style="text-align: center;">警察 担当官 (判明している場合)</p>	届出年月日	<p style="text-align: center;">年 月 日</p>

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。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>電 話 () _____</p>

(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	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	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	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	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。