

第三者行為に係る提出書類 一覧（交通事故以外）

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	◎	●	事故発生状況報告書
3	◎	●	念書
4	◎	●	個人情報の取り扱いに関する同意書 ※ 死者の場合不要
5	◎	●	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>
6	△		診断書
7	◎	●	国民健康保険医療の適用終了報告書

※ No.1～No.6の書類については、できるだけ早く、提出してください。

※ No.7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 午後	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 世帯主 住所 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。

事故発生状況報告書

当事者	甲（加害者）	氏名		電話	
		住所			
	乙（被害者）	氏名		電話	
		住所			
天候	晴・曇・雨・雪・霧		明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
事故現場に於ける状況を図示して下さい。	事故発生状況略図				
上記図の説明を					

上記のとおり御報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 ⑩
 乙との関係() _____

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

印

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(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損害賠償金を貴市に支払いすること。
- 2 上貴市の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

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

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 _____ (印)

第三者
(加害者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

保険会社 住所 _____

氏名 _____ (印)

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