

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏 名		電 話			
	生 年 月 日		大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)			
	被保険者証・記号番号		個人番号			
	事故発生日		平・令 年 月 日 午前・後 時 分頃			
	事故場所					
	病院名	診療期間	. . ~ . .		転帰欄	治ゆ・継続・()
			. . ~ . .			治ゆ・継続・()
			. . ~ . .			治ゆ・継続・()
	被 保 険 者		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()			
	相 手 方		徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()			

相 手 方	氏 名		男・女	年齢	歳
	住 所		電 話		
	勤 務 先		電 話		
	保 契 約 者	氏名			
		住所			
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 (続柄) ・ その他		
	自 動 車		車両番号(ナンバープレート)		
	自 賠 責 保 険		会社名	証 明 書 番 号	
任 意 保 険		会社名	担 当 者 名		

上記のとおり届け出ます。

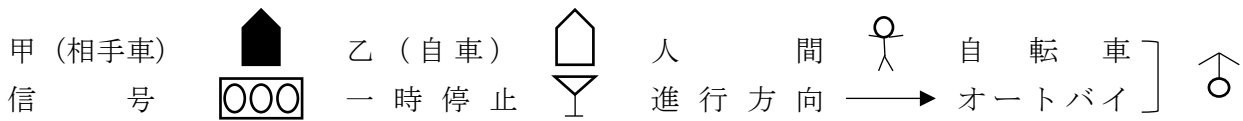
令和 年 月 日
指宿市長 様

住所
世帯主
氏名 印

事故発生状況報告書

事故	発生年月日	平・令 年 月 日 午前・後 時 分頃				
	発生場所					
当事者	甲（相手方）					
	乙（被保険者・医療受給者）					
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	朝・昼・夕方・夜	
速度	甲車 km/h(制限速度 km/h)	乙車 km/h(制限速度 km/h)				
見通し	良い・悪い	信号	有り・無し	標識	有り・無し（ ）	

事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）



書上
い記
て図
くの
だ説
さ明
いを

令和 年 月 日

甲との関係（ ）
 報告者 印
 乙との関係（ ）

念 書

令和 年 月 日 () において、加害者 () の不法行為により被害者 () の被った事故について、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項の規定により、保険者が給付の価額の限度において取得、行使、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します。

1. 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険金（共済金）を貴殿が優先して受領されること。
2. 加害者と示談を行う場合は、貴殿にその内容を申し出ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）を貴殿に届け出ること。

指宿市長 殿

令和 年 月 日

住所

氏名

印

注 交通事故以外も、これに準ずる。

誓 約 書

貴保険者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貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国保給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
3. 上記 1 の支払いに充てるため保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（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兼行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住所

保証人 住所

氏名

印

氏名

印

指宿市長 殿

記

保有者	住 所			
	氏 名			
運転者	住 所			
	氏 名		契約者との続柄	※
被保険者	住 所			
	氏 名			

注 1 ※印欄は、契約者と運転手が異なる場合のみ記入して下さい。

2 交通事故以外もこれに準ずる。