

交通事故などの第三者行為にあったときは

(問い合わせ先)
土浦市国保年金課国保給付係
代表 029-826-1111 内線 2295・2246

●早めに届け出を

交通事故や傷害事件など、第三者(加害者)から受けたケガの場合でも、国民健康保険を利用して治療が受けられますが、必ず届け出が必要です。

●医療費は加害者負担が原則

第三者行為によるケガの治療に関わる医療費は、被害者に過失がない限り、原則として加害者が全額負担すべきものです。

したがって、国民健康保険を利用して治療を受けた場合、加害者が負担すべき医療費は、一時的に国民健康保険が立て替え、後で、国民健康保険から加害者に請求することになります。

●示談をする前に必ずご相談を

加害者との話し合いで示談が成立すると、示談の内容が優先され、国民健康保険が立て替えた医療費を加害者に請求できなくなることがありますので、示談は慎重に行ってください。

なお、示談を行う場合には、事前に国保年金課までご連絡いただき、示談成立後は、速やかに示談書の写しを提出してください。

●届け出に必要なもの

<提出書類>

【交通事故の場合】

- ・第三者行為による傷病届（交通事故）
- ・事故発生状況報告書（交通事故）
- ・交通事故証明書（コピー可）
- ・人身事故証明書入手不能理由書(事故証明書が物件事故扱いになっている場合)
- ・同意書
- ・誓約書（取得出来る場合のみ）

【交通事故以外の場合】

- ・第三者行為による傷病届（交通事故以外）
- ・事故発生状況報告書（交通事故以外）
- ・念書及び同意書
- ・誓約書（取得出来る場合のみ）

【マル福（医療福祉費）を受給している場合】

- ・第三者行為による被害届（医療福祉費）
- ・委任状（医療福祉費）

<来庁時に持参する物>

- ・保険証
- ・印鑑
- ・個人番号カード又は個人番号通知カード(マイナンバーがわかるもの)
- ・本人確認書類(運転免許証など顔写真付きのもの)

第三者行為による傷病届(交通事故)

記入例

(被受診者)	被災者番号	土浦 つちうら いちろう 土浦 一郎	被災者番号 999999 - 01	(注番)
氏名 / 生年月日 / 続柄	ふりがな 氏名	土浦市大和町9-1 1234 5678 9012	生年月日 S60年6月6日生	世帯主の家族子
住所 / 電話	T 303-8686	TEL 080 (1234) 5678		
個人番号	個人番号 (マイナンバー) を記入してください。 不明の場合は市で確認しますので空欄にしてください。			
氏名 / 性別 / 職業	ふりがな 氏名	相手氏名 高津 花子 真住制会にかかわらず相手側を加害者扱いとする。	男性(女性) 男性	職業
住所 / 電話	T 300-8686 土浦市下高津1-20	TEL 090 (9876) 5432		
事故発生日時	令和〇年〇月〇日午前午後〇時〇分頃			
事故発生場所・状況	土浦市大和町 市役所前 交差点内	通進車と右折車の衝突事故		
保険会社名	事件の場所・状況等を記入 場所がわからない場合は地区名等を記入 詳細は「事故発生状況報告書」へ記載			
保険契約者名	登録番号 / 車台番号			
登録番号 / 車台番号	登録番号			
保険期間 / 自賠責番号	保険期間			
任意加入の保険会社名	任意加入の範囲で記入してください)			
取扱店所在地 / 電話	〒			
担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail		
保険契約者住所 / 氏名	住所 氏名	ふりがな 氏名		
保険期間 / 契約番号	保険期間	契約番号		
任意対人一話の有無	任意加入の任意保険があれば記入			
被害者加入の保険会社間との有無(注)	無	被害者加入の任意保険があれば記入		
疾病又は負傷の程度	土浦〇〇損害保険 安藤 まりこ 疾病名等を具体的に記入	TEL 029 (826) 3339		
当初診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	土浦〇〇病院 令和〇年〇月〇日			
転医後診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	高津〇〇接骨院 令和〇年〇月〇日			
治療状況	治療開始日			
届出日	令和〇年〇月〇日			

（届出先）土浦市長

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

（注）保険会社の届出先が市庁舎の場合には、有無の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者を記入して下さい。

（自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意共済の各欄に「保険」「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。）

事故發生狀況報告書 (交通事故)

記入例

事故証明書番号	第 号	甲 (加害者)	氏名	高津 花子	相手氏名
自動車登録番号		乙 (被害者)	氏名	土浦 一郎	
天候	晴・曇・雨・雪・霧・()	交通状況	混雑・普通・羽散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装してある・ない・歩道・中央車線・ない・道路の状況 (車線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)	信号 (ある・ない) ・自動車信号 (青・赤・黄) ・相手方信号 (青・赤・黄)	停止禁止 (されている・されていない) ・その他標識 ()		
速度	甲車道 30 km/h (制限速度) 乙車道 20 km/h (制限速度) 50 km/h				

(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅5mで記入して下さい。)

事故現場状況図

青信号 (乙) 相手車 (甲) 進行方向 信号 一時停止 人 自転車 バイク

事故発生状況 (経緯)

自車が土浦市方面に向かって走行中、交差点を青信号で進んだところ、右折しようとした相手の車両と接触した。

枠内は必ず記入してください。

日	出勤日 ☒ 休日 (定休日・休暇含む) ☐ その他 ()
時間帯	勤務時間中 ☐ 通勤路上 ☒ 私用 ☐ その他 ()
場所	会社内 ☒ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()
労災特別加入※	☐ 加入有 ☐ 加入無 ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険 勤務中等の事故で被害者が代表取締役等役員が加入する労災保険に加入している場合は、加入する。

上記内容に間違いありませんか。

年 月 日

被害者の負傷状況

届出日

届出者氏名: 土浦 太郎

届出者との関係: 世帯主

世帯主 又は本人

(印)

(注) 本書面に代わる同様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」と記した上、届出書に署名又は記名押印をして貰って下さい。

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

御中 保険会社

- 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、被害者の方がご記入ください。)

交通事故証明書の事故種別が「物損事故」のとき、又は不明のときに提出してください。

理由	○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、事故発生届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 〇〇 担当者 土浦 令和 〇年 〇月 〇日

以下の枠内は必ず記入してください。

- 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、人身事故の事実と相違ありません。	
●当事者	住所 〒300-8686 土浦市大和町9-1
○目撃者	記入日 令和 〇年 〇月 〇日
○その他	氏名 土浦 一郎 印
※該当する項目に●印をしてください	電話 080-1234-5678

（注）「印」は、賠償を求める側が、警察、目撃者探訪に請求（法第15条請求）する場合には、保険契約有期間（契約者、連帯者など）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、人身事故の事実と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
令和 〇年 〇月 〇日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他	□電話 □文書 □面談
令和 〇年 〇月 〇日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他	□電話 □文書 □面談
令和 〇年 〇月 〇日	□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：

住所

裏面は交通事故証明書に名前の記載がない場合に記載してください。

○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)

発生年月日	日時	令和 〇年 〇月 〇日	午前 午後	時 分	頃	天候
発生場所	住所	電話 ()				
甲	氏名	生年月日	明・大 昭・平 命	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 命	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 080 (1234) 5678				
	氏名	生年月日	明・大 昭・平 命	60年6月6日	(38) 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 命	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 命	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。

見本

交通事故証明書

記入例

様式第5号(国民健康保険)

土浦市長 殿

同意書

私が加害者（**高津 花子**）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、
保険者が保険給付の限度において取得することになります。

相手氏名

- 1 保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、
請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領した
ときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害
保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機
関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保
険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、
また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を支
し出すこと。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれ
なく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

届出日

年 月 日

届出者（被保険者）

住所 **土浦市大和町9-1**

氏名 **土浦 一郎**

被害者（被保険者）の住所・氏名の署名捺印となりま
すが、被害者が未成年者及び心神喪失者等の場合は、
監督義務者及び監督者の署名捺印となります。

（注1） 根拠法令は次のとおりです。

国民健康保険：国民健康保険法第64条第1項

（注2） 国民健康保険については、国民健康保険法第64条第3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は
収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

申 住所 102-0084

請 東京都千代田区二番町3番地

者 氏名 日本 五郎 殿

事故照会 番号	約 町 署 第 0110 号	(甲)・乙 どの続柄 (本人)・代理人
発生日時	平成〇〇年3月5日 午前6時30分ごろ	
発生場所	東京都千代田区二番町3番地路上	
住 所	東京都千代田区二番町3番地	
フリガナ	ニホシゴロウ	明 大
氏 名	日本 五郎	生 年 月 日 32年 10月 3日 (52 歳)
車 種	普通乗用自動車	車 同 品川177さ1234
自賠責 保険関係	無 関東火災	証明書 番号 1-234-5678
事故時 の状態	(運転)・同乗(運転者氏名)・歩行・その他	
住 所	神奈川県横浜市旭区中尾2丁目3番1号	
フリガナ	カネガワハナコ	明 大
氏 名	神奈川 花子	生 年 月 日 45年 6月 15日 (39 歳)
車 種	普通乗用自動車	車 同 横浜78た1234
自賠責 保険関係	無 未来火災	証明書 番号 123-4567
事故時 の状態	(運転)・同乗(運転者氏名)・歩行・その他	
事故類型	人 対 車 相 互	車 両 単 独
	正 面 衝突	追 越 衝突
	側 面 衝突	路 外 逸 脱
	出 発 衝突	そ の 他
	踏 切	踏 切

上記の事項を確認したことを証明します。
なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明ら
かにするものではありません。

令和 〇〇 年 5 月 2 日
自動車安全運転センター
〇 〇 〇 〇 事務 所 長 印

証明番号	654321	照会記録簿の種類	人身事故
------	--------	----------	------