

第三者行為による傷病届(交通事故)

(被害者)	被保険者記号番号	被保険者記号 土浦	被保険者番号 (枝番) -
	氏名 / 生年月日 / 続柄	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生 世帯主との続柄
	住所 / 電話	〒	TEL ()
	個人番号		
(加害者)	氏名 / 性別 / 職業	ふりがな 氏名	男性 / 女性 職業
	住所 / 電話	〒	TEL ()
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所・状況		
自賠責保険(加害者)	保険会社名		
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号
任意保険(加害者)	保険会社名		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()
	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 〒	ふりがな 氏名
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名 TEL ()
治療状況	疾病又は負傷の程度		入院の有無 有 / 無
	当初診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日
	転医後診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。			
年 月 日 世帯主 住所 氏名 (印) 電話番号			
(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) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。 (自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)			

事故発生状況報告書（交通事故）

事故証明書 番号	第 号	当 事 者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の 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）・相手方信号（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下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
						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	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日（定休日・休暇含む） <input type="checkbox"/> その他（)				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他（) <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（)				
	労災特別 加入※	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 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の場合のみ記入				
上記内容に間違いありません。 年 月 日						
届出者氏名： _____ (印) 被害者との関係（)						

(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」と記した上、届出書に署名又は記名押印をして貰って下さい。

土浦市長 殿

同 意 書

私が加害者（ ）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。

つきましては、次の事項に同意します。

- 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申し出ること。
- 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。

年 月 日

届出者（被保険者）

住所

氏名



（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。

様式第 6 号(国民健康保険)

誓 約 書

貴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 貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に限り、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、保険株式会社(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権行使をしないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所
氏 名 (印)
保 証 人 住 所
氏 名 (印)

土浦市長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
加 害 者 (運転者)	住 所			
	氏 名		誓 約 者 と の 続 柄	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			