

第三者の行為による被害届

国民健康保険法施行規則第 32 条の 6 (高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条の 2) の規定により次のとおりお届けします。

年 月 日

佐賀市長様

世帯主 住所

氏名 印

電話

被害者	フリガナ				生年月日							
	氏名				性別		男・女		職業			
	法制			記号番号				個人番号				
		後期高齢者		被保険者番号				個人番号		※記載の必要ありません。		
介護保険		被保険者番号				個人番号		※記載の必要ありません。				
第三者 加害者 関係	加害 運転者	住所		電話 () -								
		フリガナ				性別	男・女	年齢	才	職業		
		氏名										
		保有者との関係		本人・従業員・親族・その他 ()								
	保有者 所有者 使用主	住所 (所在地)		電話 () -								
		名称										
		代表者										
		契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()								
第三者の 自賠責 関係	保険会社等						証明書番号					
	共済 保険 契約者	住所		電話 () -								
		フリガナ				保険期間	自 至	年 年	月 月	日 日		
	氏名											
	加害自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー		車台 番号			
任意 共済 保険 (対人)の有無		有 (保険会社等の名称 担当者名) ・ 無										

事故の内容	発生日時	年 月 日		午前	時	分頃
	発生場所					
	事故原因と状況					
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署	警察署		
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()			
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
治療関係	傷病名					
	医療機関の所在地・名称					
	診療の期間(見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)		
示談	示談が成立した(年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定(月ごろ)・裁判の見込み					
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品名	受領年月日			
損害賠償に関する交渉の経過						

1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
2. 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、
医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
3. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
4. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。

連絡先	佐賀市役所 保険年金課 給付係 Tel0952-40-7271 (直通)
-----	--------------------------------------

事 故 発 生 状 況 報 告 書

自賠責証明書 番 号	第 号	当 事 者	甲（加害者運転者）	氏名 （電話）	
自動車の 番 号			乙（被害者）	氏名 （電話）	運転・同乗 歩行・その他
事故発生日時					
事故発生場所					
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 歩道（両・片） ある 直線・カーブ してない ない				
	環境 [商店街・住宅街・田園（郊外）・国道・バイパス・山間地・その他()] 平坦・坂 見通し 良い 積雪路・凍結路 悪い				
信号又は標識	信号 ある 駐停車禁止 されている その他の標識 ない されていない				
速度	甲車両 k m/h（制限速度 k m/h），乙車両 k m/h（制限速度 k m/h）				
事故現場に於ける自動車と被害者の状況を図示してください。	乙 車 甲 車 進行方向 信 号 一時停止 人 間 自 転 車 オートバイ				
上記図の説明を書いてください。	道路幅をmで記入してください。				

以上のおりご報告いたします。

年 月 日

報告者 甲・乙との関係 () 印

念書兼同意書 (被保険者側)

私が被った下記交通事故に関し、国民健康保険法（高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法）による保険（医療、介護）給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第 1 項（高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法第 21 条第 1 項）の規定により保険（医療、介護）給付額の限度において、保険者等が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者等にその内容を申し出、承諾を得ること。
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、かつ遅滞なくあなたに届け出ること。
4. 当該事故の保険（医療、介護）給付及び代位求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込額を含む）等）について、保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が情報の提供を受けることに同意すること。
5. 当該事故の治療（介護サービス）に関する診療報酬明細書等（介護給付費明細書等及び主治医意見書等）の写しを保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供することに同意すること。
6. 当該事故により受診した医療機関（介護サービスを受けた介護事業所）及び損害保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療（介護）状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(保護者等) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

_____佐賀市長_____
様

記

事故発生日時	年 月 日			午前・午後	時	分頃
事故発生場所						
加 害 者 (運 転 者)	住 所					
	氏 名					
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所					
	氏 名		誓約者 との関係			

※印欄は誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

誓 約 書 (相手側)

貴（市町村・国保組合・広域連合、広域市町村圏組合）の国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）の下記被保険者が受けた保険（医療）給付は私と_____様との間で発生した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（医療、介護）給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
2. 保険者等の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）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。

年 月 日

誓約者 住 所 _____
氏 名 _____印

保証人 住 所 _____
氏 名 _____印

_____ 佐 賀 市 長 様

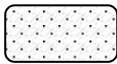

記

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 との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

第三者の行為による被害届

国民健康保険法施行規則第32条の6(高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、介護保険法施行規則第33条の2)の規定により次のとおりお届けします。

 : 事故にあわれた方の情報を記入してください。
 : 相手側の情報を記入してください

世帯主

年 月 日

住所 佐賀市栄町1番1号

氏名 佐賀 太郎 

電話 0952-40-****

被害者	フリガナ	カハコ	生年月日	明大 昭  1年 1月 1日 (24才)		
	氏名	佐賀 花子	性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	職業	会社員
	法制	国保・退職	記号番号	個人番号		
		後期高齢者	被保険者番号	個人番号	※後記載の必要ありません。	
	介護保険	被保険者番号	個人番号	※記載の必要ありません。		

第三者 加害者 関係	加害運転者	住所	佐賀市栄町〇〇番地〇		電話	(****) **-****	
		フリガナ	コハ ジロウ	性別	男・女	年齢	24才
		氏名	国保 次郎	職業	自営業		
		保有者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・従業員・親族・その他()				
第三者の自賠償 関係	共有 保険 契約者	住所(所在地)	事故証明書の内容を転記してください。				
		名称					
		代表者					
		契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他()				
任意 (对人)の有無	加害自動車	車種	自家用	登録番号 車両番号	プレートナンバー 佐賀さ**-**	車台 番号	****-****
	任意	<input checked="" type="checkbox"/> (保険会社等の名称 〇〇ジャパン 担当者名 ××) ・ 無					

事故の内容	発生日時	平成26年 5月 5日 15時 00分頃		
	発生場所	佐賀市本庄町〇〇番地〇		
	事故原因と状況	交差点進入時に一時停止をしなかったため、衝突した。		
	警察署への届	<input checked="" type="checkbox"/> 届出済・未届	所轄警察署	佐賀 警察署
	心身の状況	加害者	<input checked="" type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()	
被害者		<input checked="" type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
治療関係	傷病名	鎖骨骨折		
	医療機関の所在地・名称	〇〇病院		
	診療の期間(見込期間)	平成26年5月5日より 年 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した()年 月 日)・ <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中・示談はしない 示談をする予定()月ごろ)・裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品名	受領年月日	
損害賠償に関する交渉の経過				

1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
2. 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、
医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
3. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
4. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。

連 絡 先	佐賀市保険年金課 給付係 電話 0952-40-7271
-------	------------------------------

事故発生状況報告書

自賠責証明書 番号	第**F****号	当 事 者	甲（加害者運転者）	氏名 国保 次郎 (電話) ****-**-****
自動車の 番号	佐賀さ**-**		乙（被害者）	氏名 佐賀 花子 (電話) 0952-40-****

事故発生日時 平成26年5月5日

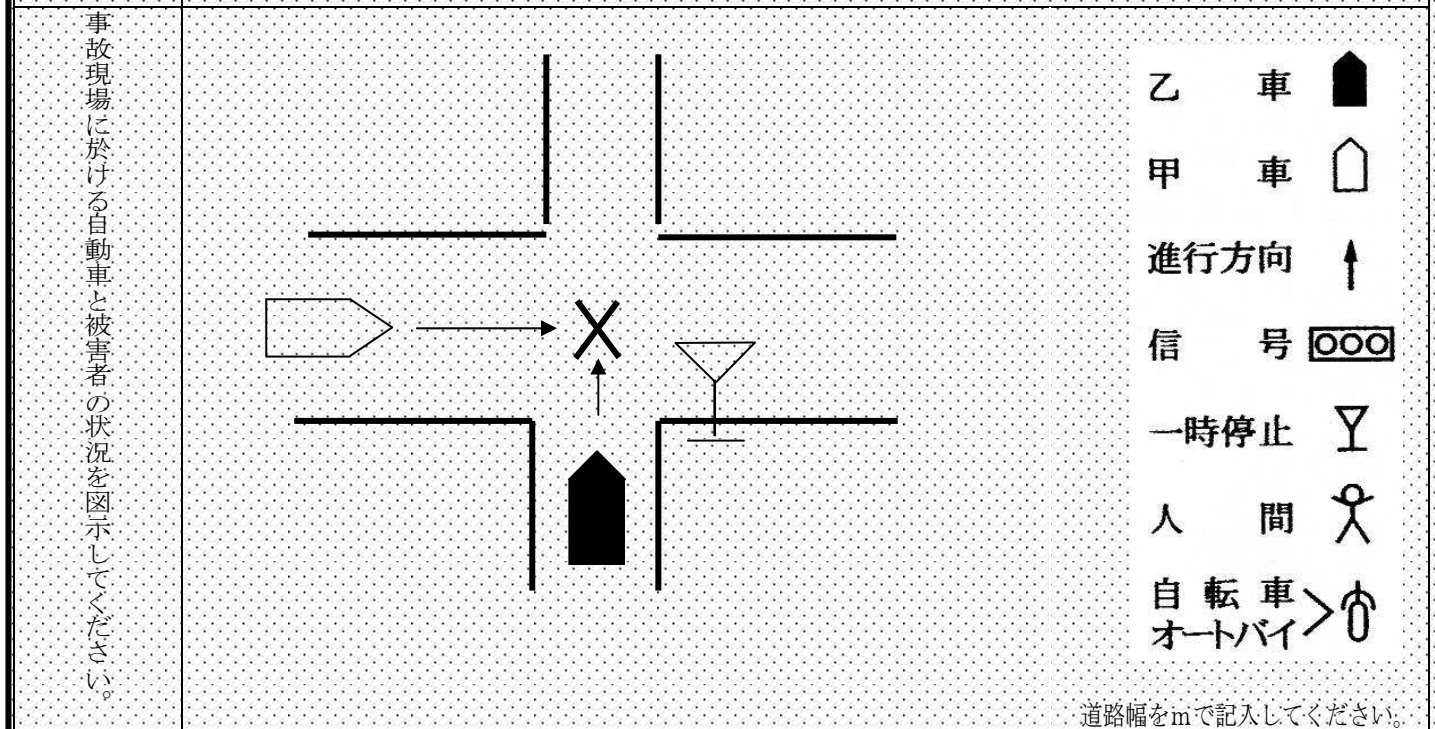
事故発生場所 佐賀市本庄町〇〇番地〇

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（両・片） ある ない 直線・カーブ
環境 [商店街・住宅街・田園（郊外）・国道・バイパス・山間地・その他()]
 平坦・坂 見通し 良い 悪い 積雪路・凍結路

信号又は標識 信号 ある ない 駐停車禁止 されている されていない その他の標識

速度 甲車両 30 km/h (制限速度 40 km/h), 乙車両 10 km/h (制限速度 40 km/h)



上記図の説明を書いてください。
交差点進入時に一時停止をしなかったため、衝突した。

※被保険者以外（代理人）が記入した場合はここに氏名と関係を記入し・印を押す。

以上のおりご報告いたします。

平成26年6月20日

報告者 甲・乙との関係 (乙) 佐賀 花子

念書兼同意書 (被保険者側)

私が被った下記交通事故に関し、国民健康保険法（高齢者の医療の確保に関する法律）による保険（医療）給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第 1 項（高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項）の規定により保険（医療）給付額の限度において、あなたが加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

1. 保険（医療）給付額の限度において自動車損害賠償責任保険（共済金）をあなたが優先して受領されること。
2. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もってあなたにその内容を申し出、承諾を得ること。
3. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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、かつ遅滞なくあなたに届け出ること。
5. 当該事故の治療に関する診療報酬明細書等の写しを佐賀県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供することに同意すること。
6. 当該事故により受診した医療機関及び損害保険会社等から佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

平成 26 年 6 月 20 日

住 所 佐賀市栄町 1 番 1 号

氏 名 佐賀 花子 印

住 所

氏 名 印

(保護者等)

市町村長
国保組合理事長
広域連合長

様
記

事故発生日時	平成 26 年 5 月 5 日			午前・ <input checked="" type="checkbox"/> 午後	15 時	分頃
事故発生場所	佐賀市本庄町〇〇番地〇					
加害者 (運転者)	住所	佐賀市栄町〇〇番地〇				
	氏名	国保 次郎				
被害者 (被保険者)	住所	※				
	氏名	※	誓約者 との関係	※		

(注) ※印欄は誓約者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。

誓 約 書 (相手側)

貴（市町村・国保組合・広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療）の下記被保険者が受けた保険（医療）給付は私と佐賀 花子様との間で発生した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。

2. 保険（医療）給付額確定時に損害賠償金をあなたに支払うこと。
2. あなたの書面承諾なしに示談したときは国民健康保険（後期高齢者医療）給付分限り、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〇〇保険株式会社（全共連等）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（医療）給付額を限度としてあなた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を行使しないこと。

平成26年 6月20日

誓約者 住 所 佐賀市栄町〇〇番地〇氏 名 国保 次郎 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

市町村長
国保組合理事長
広域連合長

_____ 様

記

保 有 者	住 所	佐賀市栄町〇〇番地〇		
	氏 名	国保 次郎	証明書番号	**F****
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所	佐賀 花子		
	氏 名	佐賀市栄町1番1号		

(注) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。