

第三者行為による傷病届

令和 年 月 日

(宛先)岡 崎 市 長

(〒 -)

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話 () 番

次のとおり届けます。

事故発生日	平成・令和 年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生 場 所				
事故原因と状況	事故発生状況報告書のとおり					
被 害 者 (被保険者)	被保険者証 記号・番号			職 業		
	個人番号			続 柄		
	フリガナ	-----		生年月日	(昭・平・令) 年 月 日	
	氏 名					
第 三 者 (運転者)	氏 名			生年月日	(大・昭・平・令) 年 月 日	
	住 所	(〒 -)				
	職 業		電 話	()		
保 有 者	氏 名			電 話	()	
	住 所	(〒 -)				
	運 転 者 との 関 係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
自 賠 責 保 険 契 約 者	氏 名			電 話	()	
	住 所	(〒 -)				
	運 転 者 との 関 係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
自賠責 保 険	有	保 険 会 社		証 明 書 番 号		
	無					
任 意 保 険 (対人)	有	保 険 会 社		支店名	課 名	担当者名
	無			証 券 番 号		
			電 話	()		
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷 病 名		初 診 日	平成・令和 年 月 日	
当 初			国保診療		有 ・ 無	
			国保診療 開 始 日		平成・令和 年 月 日	
転 医 後			診療見込期間			
			診療見込金額		円	
添付書類	1 事故発生状況報告書 2 交通事故証明書					

念 書 (兼 同 意 書)

事故発生年月日	平成・令和 年 月 日	事故発生場所	
被保険者氏名		相手方(第三者) 氏 名	

- 1 上記事故に関して、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）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1項の規定によって岡崎市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（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 2 上記事故に関して、岡崎市及び同市との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・念書（兼同意書）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - (2) 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が国民健康保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - (1) 治療が完了したときは、必ず岡崎市に申し出ること。
 - (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって岡崎市にその内容を申し出ること。
 - (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - (4) 相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をまれなく、かつ遅滞なく岡崎市に届け出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

親権者

(あて先)岡 崎 市 長

(注) 被保険者が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

誓 約 書 (相手方)

岡崎市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方に支払いすること。
- 2 貴方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。
- 3 上記の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。

令和 年 月 日

誓約者

(相手方)住所 _____

氏名 _____ 印
保証人

住所 _____

氏名 _____ 印

(あて先)岡 崎 市 長

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 方 (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			

相手方における保険会社名届

自賠責保険

保険会社名	
住 所	
担当者名	TEL
証明書番号	
保険期限	年 月 日 ~ 年 月 日

任意保険

任意保険	有 無	任意一括払	する	しない	
保険会社名					
住 所					
担当者名	TEL				
証券番号					
保険契約者	住所				
	氏名 TEL				
保険期限	年 月 日 ~ 年 月 日				
相手方（運転者）と 契約者の関係	本人				
	本人外	住所			
		氏名	TEL		
		関係			
相手方（運転者）と 保有者の関係	本人				
	本人外	住所			
		氏名	TEL		
		関係			
備 考					

事故発生状況報告書

保険証明書 番号		当事者	甲（相手方運転者）	氏名	
自動車の番号			乙（被保険者）	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（両・片） { ある / ない	直線・カーブ	平坦・坂	
	見通し { 良い / 悪い	積雪・凍結			
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	一時停止 { ある / ない	その他の標識	
速度	甲車両 km/h（制限速度 km/h）	乙車両 km/h（制限速度 km/h）			
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入して下さい）				
	N 自 車 相 手 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下さい。					

報告者 相手方 甲との関係（ ） 印

被害者 乙との関係（ ）