	第三者行為による傷病届					
	項 目	内	容			
届出	被保険者証記号番号 / 保険者名	36- 000000000	^{保険者名} 143065 神奈川県建設連合国民健康保険組合			
者 • 届	保険者の住所(届出先)	〒 221-0045 神奈川県横浜市神奈川区神奈川2-	19-3			
出先	届出者氏名	ふりがな こくほ たろう	E			
(受診者)	※組合員又は被害者氏名	氏名 国保 太郎 ふりがな こくほ はなこ	保卸			
	氏名 / 性別 / 年齢 	氏名 国保 花子	男性女性 20 歳			
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 子 一	平成 12 年 8 月 10 日			
	住所 / 電話	〒 ×××−××× ▲▲市○○ 123-45	TEL OOO-×××-AAAA			
	備考					
加第	氏名/性別/年齢	ふりがな かながわ いちろう 氏名 神奈川 一郎	男性〉女性 50 歳			
者	住所 / 電話	〒 ○○市××区 1-2-3	TEL ×××× -▲▲ -0000			
事故	事故発生日時	令和 2 年 10 月 1 日	午前)午後 10 時 30 分頃			
発 生	事故発生場所	××市	▲ 3-2-1			
自	保険会社名	〇〇海上火災保険				
賠 責 保	保険契約者名		ながわ いちろう P奈川 一郎			
険	登録番号	OO555 あ 5555				
加 害 者	車台番号	EX66-666				
)	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年月日~年	自賠責番号 月 日 AA-1111			
	保険会社名	●●●損害保険会社				
任	取扱店所在地 / 電話	Ŧ	TEL A A OOO OOO X X X X			
意 保	担当者名 / E-mail	ふりがなそんぽ さぶろう氏名損保 三郎	E-mail			
険	保険契約者名		ながわ いちろう 3奈川 一郎			
加 害 者		T 11	·水川 中			
1者)		保険期間	契約番号			
		年月日~ 年	月 日			
	任意対人一括の有無 		/ 無 			
被害者	加入の保険会社関与の有無(注)		TEL ×××−□□□−△△△ Δ			
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 □□病院	治療開始日 令和 2 年 10 月 1 日 TEL			
	所 在 地	干	入院の有無 (有)/無			
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 △△ <mark>診療所</mark>	治療開始日 令和 2 年 11 月 1 日 TEL			
<i>,,,</i> ,,	 所 在 地	立立砂線別 〒	入院の有無 有 /無			
本州		│ トなる業務 ト ▽ は通勒による交通				

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。

(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

事故証明書		第 123456 号	当	甲(加害者)	氏名	神奈川 一郎	\$		
自動車の番号 ※加害者車両		OO555あ5555	事者	乙 (被害者)	氏名	国保 花子			運転 ・ 同乗 歩行 ・ その他
天	候	晴·曇 <mark>·</mark> 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) ・ 悪い) 中央車線(ある ・ ない) ・ 道路の状態 (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 不明 Kr	Km/h (制限速度 Km/h)・ 乙車両 50 Km/h (制限速度 40 Km/h)						
事故現場状況図	(右の記号	ガソリンスタンド	XL-	て下さい。ま	また、車制 一方通行	スーパー	記入し、道 7m 一	直路幅 (d	tmで記入して下さい。) 自 車(Z) 相手車(甲) 進行方向 信 号 〇〇〇 一時停止 人 自 転 ク
事									
	日	□ 出勤日 □ 休日	定体	大日・休暇含む	b)	その他()
被害者の	時間帯	□ 勤務時間中 [(パート・アルバイト含む)	〕通	勤途上	□出張	ф 🗸	私用	<u></u> ₹0)他()
負傷状	場所	□ 会社内 ☑ 道	路上	□ 自宅	√ 7	: の他()
分災特 労災特 (被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) 加入有 加入無 加入有 加入無									
上記内容に間違いありません。 令和 2年 10月 10日 届出者(組合員又は被害者): 国保 太郎									

(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」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。
※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

同意書

私が加害者 (神奈川 一郎) 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、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の写しを添付することに同意します。

なお、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照 会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

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。

令和 2 年 10 月 10 日

届出者(被害者)

住所 ▲▲市○○ 123-45

氏名 国保 花子



健康保険:健康保険法第57条、船員保険:船員保険法第45条、国民健康保険:国民健康保険法第64条1項、 後期高齢者医療:高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に 関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収また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。

⁽注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

誓 約 書

貴 国保組合 の国民健康保険の被保険者

国保 花子 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します。

- 1 この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付価額の限度において代位取得し、損害賠償金(保険給付) の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。
- 2 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、 損害賠償に応じることを確約します。

令和 2年 10月 10日

誓約者 住 所 ○○市××区 1-2-3

氏



神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

事故発生年月日	令和 2 年 10 月 1 日	事故発生場所	××市▲▲ 3-2-1
※ 当 事 者 と の 関 係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇海上火災	保険会社	御中
--------	------	----

事案情報 被害者名:

■ 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、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)						
	○ 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					
	理 由 ※ 該当する項目 にO印をしてく ださい。 ださい。 ※ 複数に該当す						
	る場合は、すべ てに〇印をして	○ その他(理由を具体的に記載してください。)					
	ください。	【理由】事故当時異常がなく、後日痛みだし病院に	て治療を受けたため。				
	◆ 警察へ、	事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してくだ					
	××警察 □□担当官						
	出山言示	(判明している場合) 畑田午月日 13年1	2 年 10月 1日				
į	裏面へ	交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている? ない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入し	交通事故証明書にお名前が) 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	a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	事実に相違ありません。				
	○ 当事者 住所 〒 ×××-××× 記入日令和2年10月10日						
	○目撃者						
	○ その他(▲▲市OO123-45 (B FI				
	※ 該当する項目に						
(にけ、				
	(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第 16 条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)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)	該当する口のすべてに!する。	責任者 担当者				
		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、人身事故の事実に						
↑	相違ないことを確認しました。						
-	◆ 確認日 年 月	◆ 確認先 日 □病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	● 確認方法 □電話 □文書 □面談				
		日 □病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	口電話 口文書 口面談				
	年 月	日 □病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	口電話 口文書 口面談				
	◆ その他・特記事項 (
	◆ その他・特i	記事項 ()				