

第三者行為による傷病届

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------|-------------|-----|--|----------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|-------|
| 被保険者等 | フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日生 () 歳 | | | |
| | 氏 名 | | | | 性 別 | 男・女 | 世帯主 との続柄 | | |
| | 住 所 | | | | 電 話 番 号 | () — | | | |
| | 被保険者証号・番号 | | | | 心身の状況 | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 () | | | |
| | 備 考 | | | | 事故発生日時 | 年 月 日 | | | |
| | 事故発生場所 | | | | | 午前・午後 時 分頃 | | | |
| | 傷病名及び傷病の程度 | | | | 治療の見込 | 入院 日 通院 日 | 費用 円 | | |
| | 保険医療機関等名 | | | | 治療等期間 | 終了 年 月 日 | | | |
| 相手方(第三者) | 事故当事者 | フリガナ | | | | 生年月日 | 年 月 日生 () 歳 | | |
| | | 氏 名 | | | | 性 別 | 男・女 | 職業 | |
| | | 住 所 | | | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | | | | | | 心身の状況 | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 () | | |
| | | 車両保有者との関係 | | 1. 本人 (事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ()) | | | | | |
| | 車両保有者 | 自賠契約者との関係 | | 1. 本人 (車両保有者欄への記載は不要です) 2. その他 () | | | | | |
| | | 会 社 名 | | | | 住 所 | | | |
| | | 氏 名 | | | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | 自賠責保険 | 保険有無 | 有・無 | 第 | 号 | 電 話 番 号 | () — | | |
| | | 保 險 証 書 番 号 | | | | 契 約 期 間 | 自 至 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 保 險 会 社 名 | | | | 氏 名 | | | |
| | 任意保険 | 保険有無 | 有・無 | 第 | 号 | 電 話 番 号 | () — | | |
| 保 險 証 書 番 号 | | | | | | | | | |
| 保 險 会 社 名 | | | | | 支店サービスセンター | 担 当 者 | | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 住所 _____ | | | | |
| | | | | | 電話 () — _____ | | | | |
| | | | | 長 様 | 氏名 _____ (印) | | | | |
| ※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載 | | | | | | | | | |

※ 次の書類を添付してください。

○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

第三者行為による傷病届 (自転車)

| | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------|--|---------------------------------|---------|-------|
| 被保険者等 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 () 歳 | | |
| | 氏 名 | | 性 別 | 男・女 | 世帯主との続柄 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | 被保険者証号・番号 | | 心身の状況 | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 () | | |
| | 備 考 | | 事故発生日時 | 年 月 日 | | |
| | 事故発生場所 | | | 午前・午後 時 分頃 | | |
| | 傷病名及び傷病の程度 | | 治療の見込 | 入院 日 | 通院 日 | |
| | 保 険 医 療 機 関 等 名 | | | 費用 | 円 | |
| | | 治療等期間 | ～ | | | |
| | | | ～ | | | |
| | | | ～ | | | |
| 相手方 (第三者) | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生 () 歳 | | |
| | 氏 名 | | 性 別 | 男・女 | 職業 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | 心身の状況 | | 正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 () | | | |
| | 車両所有者との関係 | | 1. 本人 (事故当事者と車両所有者が同じ場合) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ()) | | | |
| | 事故当事者との関係 | | 1. 本人 (車両所有者欄への記載は不要です) 2. その他 () | | | |
| | 会 社 名 | | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | 個人賠償保険 | 保険有無証書番号 | 有/無 | 第 号 | 電 話 番 号 | () — |
| | | 保 險 会 社 名 | | | | |
| 支店サービスセンター | | 担 当 者 | | | | |
| 受傷の状況 | 受 傷 日 時 | | 年 月 日 午前・午後 時 分 頃 | | | |
| | 受 傷 場 所 | | | | | |
| | 受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入して下さい) | | | | | |
| | 警察への届出 | | 届 済 / 未 届 (いずれかに○印) | | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | |
| _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | 住所 _____ | | | | |
| _____ 長 様 | | 電話 () _____ | | | | |
| | | 氏名 _____ (印) | | | | |
| ※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載 | | | | | | |

- ※ 次の書類を添付してください。
○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ
- ※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おつて判明次第連絡してください。
- ※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。
- ※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

第三者行為による傷病届 (動物)

| | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------|-------|-------|---------------|---------|-------|
| 被保険者等 | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 氏 名 | | 性 別 | | 男・女 | 世帯主との続柄 | |
| | 住 所 | | 電話番号 | | () — | | |
| | 被保険者証 記号・番号 | | 備 考 | | | | |
| | 傷病名及び 傷病の程度 | | 治療の見込 | | 入院 日 通院 日 | 費用 円 | |
| | 保険医療 機関等名 | | 治療等期間 | | 終了 年 月 日 | ～ | |
| | | | | | ～ | ～ | |
| 加害動物に関する事項 | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 動物の占有者 | | 性 別 | | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | | 電話番号 | | () — | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | | 年 月 日生()歳 | | |
| | 動物の所有者 | | 性 別 | | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | | 電話番号 | | () — | | |
| | 加害動物の 占有者との関係 | | | | | | |
| | 個人賠償 保険 | 有無 証書番号 | 有 / 無 | 第 | 号 | 電話番号 | () — |
| | | 保 險 会 社 名 | | | | | |
| | | 支店サー ビスセンター | | | 担 当 者 | | |
| 受傷の 状況 | 受傷日時 | | 年 月 日 | | 午前・午後 時 分 頃 | | |
| | 受傷場所 | | | | | | |
| | 受傷原因と状況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい) | | | | | | |
| | 警察への届出 | | 届 済 | | 未 届 (いずれかに○印) | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | | |
| _____年 _____月 _____日 | | 住所 _____ | | _____ | | | |
| | | 電話 () _____ | | _____ | | | |
| _____ 長 様 | | 氏名 _____ | | (印) | | | |
| ※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載 | | | | | | | |

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おつて判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

第三者行為による傷病届(傷害)









| | | | | | | |
|---|--|-------|-------------|-------------|-------------|--|
| 被 保 険 者 等 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生()歳 | | |
| | 氏 名 | | 性 別 | 男・女 | 世帯主 との続柄 | |
| | 住 所 | | 電 話 番 号 | () — | | |
| | 被 保 険 者 証 号 被 記 号 ・ 番 号 | | 備 考 | | | |
| | 傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度 | | 治 療 の 見 込 | 入院 日 | 通院 日 | |
| | 保 険 医 療 機 関 等 名 | | 治 療 等 期 間 | 費用 | 円 | |
| | | | | 終了 | 年 月 日 | |
| 相 手 方 (第 三 者) ・ 賠 償 責 任 保 険 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生()歳 | | |
| | 加 害 者 | | 性 別 | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | — | 電 話 (自 宅) | () — | | |
| | 連 絡 先 (勤 務 先) | () — | 電 話 (携 帯) | () — | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日生()歳 | | |
| | 保 護 責 任 者 使 用 者 | | 性 別 | 男・女 | 職 業 | |
| | 住 所 | | 電 話 (自 宅) | () — | | |
| | 連 絡 先 (勤 務 先) | () — | 電 話 (携 帯) | () — | | |
| | 加 害 者 と の 関 係 | | | | | |
| | 保 険 有 無 証 券 番 号 | 有・無 | 第 号 | 電 話 番 号 | () — | |
| 賠 償 責 任 保 険 会 社 名 | | | | | | |
| 支 店 サ ー ビ ス セ ン タ ー | | 担 当 者 | | | | |
| 受 傷 の 状 況 | 受傷原因と状況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい) | | | | | |
| 警 察 へ の 届 出 | 届 済 / 未 届 (いずれかに○印) | | | | | |
| 保 健 所 へ の 届 出 | 届 済 / 未 届 (いずれかに○印) | | | | | |
| 示 談 の 状 況 | 有 / 無 (いずれかに○印) | | | | | |
| 上記のとおりお届けします。 | | | | | | |
| | | 年 月 日 | 住 所 | _____ | | |
| | | | 電 話 | () — _____ | | |
| | | 長 様 | 氏 名 | _____ (印) | | |

※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載

- ※ 次の書類を添付してください。
○念書、誓約書、事故発生状況報告書 各1通づつ
- ※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おつて判明次第連絡してください。
- ※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。
- ※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

事故発生状況報告書

交通事故証明書に補足して下記のとおり報告します。(※甲乙は交通事故証明書の記載欄と同じにする。)
 ()の事項は、おおよその数値を記載又は該当するものを○印で囲んでください。

| | | | | | | |
|---------------------------------|--|--------------------------------|-------------|-------------------|-----------------|--|
| 氏名 | 甲 | ※交通事故証明書「甲」欄の氏名 | | 乙 | ※交通事故証明書「乙」欄の氏名 | |
| 車両等情報 | 甲車 | 種別：自動車・バイク・自転車・歩行 | 甲 以 外 | 種別：自動車・バイク・自転車・歩行 | km(制限速度 km) | |
| | | 状況：運 転・同 乗・その他() | | 状況：運 転・同 乗・その他() | | |
| | | 時速： km(制限速度 km) | | 時速： km(制限速度 km) | | |
| 道路状況 及 交通状況 | 天 候 | 晴・曇・雨・雪・霧 | 歩 道 | 有(両側・片側)・無 | | |
| | 状 況 | 混雑・普通・閑散 | 中央線 | 有(白線・黄線)・無 | | |
| | 明 暗 | 明け方・昼間・夕方・夜間 | 信 号 | 有・無 | | |
| | 標 識 | 一時停止(有・無) / 駐車禁止(有・無) / その他() | | | | |
| | 見 通 し | 良・悪 | その他 | | | |
| 事故現場における 甲乙の状況を 図示してください。 | ○事故発生状況略図(道路幅をmで記載してください。) | | | | | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 80%; border: 1px dashed gray; height: 200px;"></div> <div style="width: 15%; padding-left: 10px;"> <p>[自動車]</p> <p> 甲車  甲車以外</p> <p>[自転車 バイク]</p> <p> 甲車  甲車以外</p> <p>[その他]</p> <p> 人  信号</p> <p> 一時停止  進行方向</p> <p>×</p> <p>事故地点</p> </div> </div> | | | | | |
| 上記記載の図の説明を詳細に | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | | | |

_____年 _____月 _____日

報告者 甲との関係(_____)
 乙との関係(_____)

住所 _____
 氏名 _____ (印)

様式第6号

坂城町長 様

念 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、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 年 月 日

届出者(被保険者)

住所

氏名

(印)

(注1)各保険における根拠法令は次のとおりです。

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。

誓約書

| | |
|---------------------------------|--|
| 1. 市・町・村 2. 国保組合の 3. 広域連合 | 1. 国民健康保険被保険者 2. 後期高齢者医療被保険者 3. 介護保険被保険者 |
|---------------------------------|--|

_____様が受けた保険給付は、私の_____年_____月_____日の
 不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは
 1. 国民健康保険給付分
 2. 後期高齢者医療給付分
 3. 介護保険給付分
 示談の効力を主張しないこと。
3. 上記 1. の支払に充てるため、
 1. 保険株式(相互)会社
 2. 共済農業協同組合
 に対して有する
 1. 自動車損害賠償責任保険
 2. 自動車損害賠償責任共済
 3. 任意自動車保険の対人賠償保険
 から受けるべき
 1. 保険金
 2. 共済金
 の保険給付額を限度として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。
4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。
5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

_____年_____月_____日

_____坂城町長 様

誓約者 住所 _____

氏名 _____ (印)

法定代理人 住所 _____

氏名 _____ (印)

誓約者との関係 _____

(注) 未成年者の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。