

第三者行為(交通事故)による被害届

被害者	被保険者証の 記号番号	道医 —	被保険者名(被害者名)								
	生年月日	年 月 日 生				組合員との続柄					
加害者	氏名	住所		職業	TEL						
加害者の 使用主	氏名	住所		職業	TEL						
負傷の日時 及び場所	令和 年 月 日 午前 時 分頃 場所										
発病の原因又は 負傷時の状況											
傷病又は 負傷の程度	治ゆまでの 見込み		入院 日	通院 日	医療費		円				
	国保による診療		年 月 日からしている。				していない。				
診療を受けた 機関名	当初 移転後										
自動車の 事故の場合	自賠責保険 契約会社名				証明書番号	第 号					
	契約者住所				契約者氏名						
	所有者住所				所有者氏名						
	登録番号又は 車両番号				車台番号						
	任意保険 (対人)の有無	有			保険株式(相互)会社 組合		無				
損害賠償に関する 交渉の経過											
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>北海道医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">住所 組合員 氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>											
<p>(注) 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。</p> <p>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品をどれだけ受け取った、医療費、付き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写を提出してください。</p> <p>3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。</p> <p>4. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。</p>											

【注意】

* 准組合員(従業員)が届け出する場合、「組合員」をすべて「准組合員」と、読み替えてください。

念書(兼同意書)

(被害者側)

1 私が第三者により被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により、保険給付額の限度において、貴殿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、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

- (1) 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険(共済)からの損害賠償金を貴殿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貴殿にその内容を申し出ること。
- (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、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。

2 私が被った保険事故について、私の個人情報以下に掲げる利用目的のため関係保険会社等に対し提供することに同意します。

(1) 提供する個人情報

- ① 保険事故に関する国民健康保険診療報酬明細書
- ② 第三者行為による被害届(交通事故)
- ③ 交通事故証明書
- ④ 事故発生状況報告書
- ⑤ 念書(兼同意書)
- ⑥ その他

(2) 利用目的

関係保険会社等に対する第三者行為の求償事務

令和 年 月 日

誓約者 住所
氏名

⑥

保険者等代表者氏名

北海道医師国民健康保険組合
理事長 様

記

事故発生日		令和 年 月 日	事故発生場所
加害者	住所		
	氏名		
被害者	住所		
	氏名		
※ 被害者と誓約者との関係			

※印欄は、誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。

誓約書

(加害者側)

- 1 貴国民健康保険組合の下記被保険者が受けた保険給付は、第三者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いたします。
- (1) 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。
- (2) 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社(共済農協組合)に対して有する自賠責保険(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。
- (3) 関係保険会社等から受けるべき損害賠償金額では損害額を賄えない場合は、その差額について貴殿の請求に応じ支払します。
- 2 貴殿が私の加入する関係保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保険者等代表者氏名

北海道医師国民健康保険組合
理事長 様

記

被害者	住所			
	氏名			
保有者	住所			
	氏名			
加害者	住所			
	氏名			
※ 加害者と誓約者との関係		自賠責保険(共済) 証明書番号	第	号

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

第三者行為基本調査書 (交通事故)

		保険者等名		北海道医師国民健康保険組合		
事故発生年月日	年 月 日		午前 午後	時	分頃	
事故発生場所						
被害者 (被保険者 加入者)	住所					
	氏名			男 女	才	
	職業	TEL				
加害者 (運転者)	住所					
	氏名			男 女	才	
	車両保有者 との関係	職業	TEL			
保有者	住所					
	氏名	TEL				
自 賠 保 険 関 係	有・無	保険会社名 組合名	保険会社 組合		支店	
		証明書番号	第 号			
	保 険 契 約 者	住所				
		氏名	TEL			
	加害者	種別		登録(車両番号)		
	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		午前	時	カ月間
未請求	請求済	本請求済		年 月 日頃		
	月頃請求する予定	仮渡 内払	回	円	円	
任 意 保 険 (対 人)	有・無	保険会社名 組合名	保険会社 組合		支店	
		証明書番号	第 号			
	保 険 契 約 者	住所				
		氏名	TEL			
	保険期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日		午前	時	カ月間
自賠との関係	任意保険会社が自賠一括払の有・無		人身傷害保険会社が自賠一括払の有・無			
医療機関名 サービス事業者等名			傷病名			
示談内容	成立 年 月 日、未成立、交渉中 (年 月 日現在)					
摘要欄	高額医療費支給の有・無 (高額介護サービス費)		保険者 担当者名 TEL			
保険会社			担当者名 TEL			

人身事故証明書入手不能理由書

北海道医師国民健康保険組合 御中

- 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てください。
 (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。)

理由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____ _____ ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 _____ _____ 		
◆ 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さい。			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

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交通事故証明書にお名前がない場合に限り、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、人身事故の事実には相違ありません。			
○ 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
○ 目撃者	_____		
○ その他 ()	氏名： _____	(印)	
※ 該当する項目に○印をしてください	電話： _____		

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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□のすべてに✓する。
 人身事故としての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、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
月 年 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ()	□電話 □文書 □面談
月 年 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ()	□電話 □文書 □面談
月 年 日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他 ()	□電話 □文書 □面談
◆ その他・特記事項 (_____)		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 月 日 】

○交通事故概要記入欄
 (物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		年 月 日		時	分頃	天候
発 生 場 所						
当 事 者	甲	住 所	電話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日	才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	乙	住 所	電話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日	才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	丙	住 所	電話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日	才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	丁	住 所	電話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日	才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他	
	戊	住 所	電話 ()			
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日	才
		自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第	号
		登 録 番 号		事 故 時 の 状 況	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 ・ そ の 他	

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。