

様式第9号(第28条関係)

第三者行為による傷病届				国 保		退 職	
						本・被	
個 人 番 号	受給者番号			世帯主	個人番号		
被 保 険 者 証 の 記 号 番 号					住 所		
被 保 険 者 氏 名	世帯主 と 続 柄	男 女	歳		氏 名	電話( ) -	
発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日	発病又は負傷 の 発 生 場 所					
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他( )						
事故発生当時の 具体的状況及び 被 害 の 程 度							
目撃者の住所 及 び 氏 名	氏名			住所			
第三者(加害者)の 住 所 及 び 氏 名	氏名			住所	電話( ) -		
第三者が勤務して いる事業所の名称 所在地	名称			所在地	電話( ) -		
診療を受けた(受 けている)病院名 及び所在地	病院名			所在地			
保険診療の有無	有・無	保険診療を受けた (又は見込)期間		自	年 月 日	日間	
示 談 の 状 況	成立した・成立していない・交渉中 ( 月 日現在)			損害賠償 の 額	円	内 訳	医療費 円
							その他 円
第三者の加入する 自動車損害賠償 責任保険関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			保険証明書番号				
第三者の加入する 任意保険(対人) 関 係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			証 券 番 号				
上記のとおりお届けします。 年 月 日 世帯主氏名 (代筆者氏名 黒潮町長 様 ⑩ 世帯主との続柄 )							

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写し
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類

## 念 書

年 月 日 ( ) において  
( ) の不法行為により ( ) の被った  
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場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって保険者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に異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて下記の 1、2 及び 3 については遵守することを誓約し、4、5、及び 6 については同意します。

## 記

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 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時は受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 保険事故により受診した医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けることに同意します。
- 5 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けることに同意します。
- 6 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療等の報酬明細書の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用することに同意します。

年 月 日

(被保険者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(被保険者との続柄 )

黒潮町長 \_\_\_\_\_ 様

## 確 約 書

下記の事故による受傷者が 黒潮町 の国民健康保険により診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については、国民健康保険法第64条の規定により、給付の価額の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した 黒潮町 からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

年 月 日

支払義務者 住所

氏名

印

(電話)

連帯保証人 住所

氏名

印

(電話)

黒潮町長 様

記

被保険者住所 (受傷者)		氏名		生年	明治 大正 昭和 平成	年
第三者住所		氏名		支払義務者との関係		
発病(負傷) 年 月 日	年 月 日	原因	1 交通事故 ・ 2 けんか ・ 3 その他			
事故発生 場 所						

(様式第3号の4)

第三者行為調査表 (被保険者用)			保険者 (市町村)		
被保険者氏名	フリガナ	連絡先	電話 (自宅・呼出)		
治療等の関係	治療を受けた病院名	期間	国保・後期高齢者医療使用の有無等		
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院	
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院	
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院	
	治療の経過	治療中 ・ 治ゆ ・ 中止 ・ 死亡			
	まだ治療中であれば見込	年 月 日ごろまで 入院 ・ 通院 治療を要する			
	一部負担金の支払	・自分で支払った ・相手が支払った ・まだ払っていない (・自分が契約する・相手が契約する) 任意保険が支払った			
当面の対応について	1. 相手の任意保険が対応する	契約先	担当		
	2. 自分の任意保険が対応する 人身傷害補償保険 ・有・無	契約先	担当		
	3. 自賠責保険へ請求する	(下の自賠責保険関係欄に記入してください)			
	4. まだ決まっていない				
	5. その他				
(4または5の場合は特徴的なことを記入して下さい。)					
示談関係	※該当を○で囲んでください ( 月 日現在) ・ 成立している 成立年月日 年 月 日 ・ 成立していない ・ 交渉中 (成立すればただちに連絡してください)				
	※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。				
免許証	もっている ・ もっていない	酒	飲んでいた ・ 飲んでいなかった		
自賠責保険関係	※ 自賠責保険への被害者請求について (該当を○で囲んでください。) ・ 請求済 (下記も記入してください) 仮 渡 円 内 払 円 ( 回) 本 請 求 円 ( 月 日ごろ) ・ 未請求 月ごろ請求する予定 (請求する前には必ずご連絡ください)				
	第三者自宅電話	( ) —			
第三者の勤務先		電話			

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。



(様式第3号の3)

第三者行為調査表 (第三者用)				被保険者						
第三者氏名	フリガナ		連絡先	電話  (自宅・呼出)						
自賠責 保険 関係	契約先			証明書番号						
	保険契約者住所			氏名						
	保有者住所			氏名						
	運転者住所			氏名						
	車種別		登録番号		車台番号					
	保険期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日
	※ 自賠責保険への請求について (該当を○で囲んでください。)									
・ 請求済 本請求 円 ( 月 日ごろ)										
・ 未請求 月ごろ請求する予定 (請求する前にならざるご連絡ください)										
任意 保険	有 ・ 無	契約先			保険金額	万円				
	証券番号									
	保険契約者住所									
	保険期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日
	一括処理	・ している (担当 氏)				・ していない				
示談 関係	※ 該当を○で囲んでください ( 月 日現在)									
	・ 成立している 成立年月日 年 月 日									
・ 成立していない										
・ 交渉中 (成立すればただちに連絡してください)										
※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。										
免許証	もっている ・ もっていない		酒	飲んでいた ・ 飲んでいなかった						

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

