

同 意 書

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって、東京食品販売国民健康保険組合（以下「東食国保」という。）が取得した保険給付額を限度とする、損害賠償請求権の行使ならびに事務手続きを行う場合に、下記の事項について同意します。

記

1. 相手方（加害者・保険会社）に対する、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること。
2. 加害者及び自動車賠償責任保険（自賠責・任意）への残存額調査等、賠償保険金等の受領状況について照会すること。
3. 医療機関等との間で被保険者に係る必要情報をやり取りすること。
4. 個人情報の保護に関する法律について東京食品販売国民健康保険組合が必要とする照会を行うこと。

令和 年 月 日

(被保険者「被害者」)住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____ () _____

(代理人)住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____ () _____

本人との関係 _____

代理理由 _____

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

受付番号: _____
 (被害者の署名捺印が必要です。)

念 書

私が下記の「交通事故
傷害事件」で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、東京食品販売国民健康保険組合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）または相手方（加害者・保険会社）からの損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合が優先して受領されること。
2. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東京食品販売国民健康保険組合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）を漏れなく、かつ遅滞なく東京食品販売国民健康保険組合に届け出ること。

令和 年 月 日

〒 電話番号 _____ (_____) _____

誓約者（組合員）住所： _____

誓約者（組合員）氏名： _____ 印

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

記

対 象 事 故	発生年月日	平成・令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃		
	発生場所			
相手方 (加害者)	住 所			
	氏 名	TEL _____		
被保険者 (被害者)	住 所			
	氏 名	TEL _____		
※被保険者・加入者と誓約者との関係		[※誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入してください。]		

受付番号： _____ - _____
(相手方の署名捺印が必要です。)

誓 約 書

下記の被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為 交通事故 傷害事件 に基づくものであるため、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に法律上の損害賠償責任の範囲において、損害賠償金を東京食品販売国民健康保険組合に支払をすること。
2. 東京食品販売国民健康保険組合の書面承諾なしに示談したときは、東京食品販売国民健康保険組合保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。また、示談書の写しを東京食品販売国民健康保険組合に提出すること。

令和 年 月 日

誓約者 (加害者・相手方)

〒
住所： _____

氏名： _____ ⑩

電話番号 _____ (_____)

誓約者 (加害者任意保険会社)

〒
住所： _____

氏名： _____ ⑩

電話番号 _____ (_____)

被保険者 (被害者)

〒
住所： _____

氏名： _____

電話番号 _____ (_____)

※誓約者 (加害者保証人又は保険契約者)

〒
住所： _____

氏名： _____ ⑩

電話番号 _____ (_____)

対 象 事 故	発生年月日	平成・令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃
	発生場所	

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

※加害者と保険契約者が異なる場合に署名捺印が必要です。

相手方(加害者)の賠償保険加入明細書

※未記入の項目があるときは、保険給付の認否に影響することがあります。また、記載内容について電話等で照会することがあります。

自動車 保険損害賠償責任 保険(強制加入)	保険会社名		TEL		
	保険証明書番号				
	契約者の住所		〒 電話番号 ()		
	契約者の氏名				
	自動車の種類		車台番号		
	自動車の登録番号 又は車輛番号		都道府県別		
	保険契約期間		平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日		
	*車輛の 保有者	住所	〒 電話番号 ()		
		氏名	契約者との関係		
	運 転 者	住所	〒 電話番号 ()		
氏名		保有者との関係			

*「車輛の保有者」が法人の場合は、法人名、代表者名を記入してください。

対人賠償 保険(任意加入)	任意保険の有無	加入している ・ 加入していない	
	保険会社名	TEL	
	保険証明書番号		
	保険契約期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日	
	保険金支払取扱店		
	保険金支払 取扱店所在地	〒 電話番号 ()	
	取扱担当者名		

(注)この明細書を記入する際は、相手方(加害者)の車検証とそれに添付されている自動車損害賠償責任保険証明書を確認のうえ、記入してください。

令和 年 月 日

被保険者との関係()
記入者 氏名 _____ 印

下記に記載しているのは「交通事故証明書」の見本です。※1. から※6. の記載内容を確認のうえ、自動車安全運転センターから「交通事故証明書」の交付を受けられ、東京食品販売国民健康保険組合に提出してください。

- ※1. 「交通事故証明書」は、交通事故の発生を証明するもので、各都道府県の自動車安全運転センターで発行されます。
- ※2. 「交通事故証明書」は、保険会社等へ損害賠償額の支払い請求を行う場合に必要書類なので、原本を提出してください。
- ※3. 記載内容を確認してください。誤り等がある場合は、管轄地の警察署へ訂正を依頼してください。
- ※4. 記載内容に不備がある場合は、加害車両の車検証の写しが必要になる場合があります。
- ※5. 最下段の「照会記録簿の種別」欄に「物件事故」と記載されている場合は、別途「人身事故証明書入手不能理由書(様式6号)」が必要になります。
- ※6. 「交通事故証明書」の申請用紙(郵便振替申請用紙または窓口申請用紙)は、自動車安全運転センター事務所のほか、警察署・交番・駐在所等に備え付けてあります。

〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>											
交 通 事 故 証 明 書											
住所 _____											
氏名 _____ 様											
事故照会番号	署 第 号			甲・乙・_____との続柄 本人・代理人							
発生日時	平成・令和		年	月	日	午	時	分	ころ	天候	
発生場所											
甲	住所	〒									備考
	氏名			生	年	明・大	年	月	日	(歳)	甲・乙以外の当事者 無 有 枚 (別紙記載のとおり)
	車種			車	両						
	自賠責保険関係	有 契約先		証	明	書					
	事故時の状態	運転・同乗()・歩行・その他									
自賠責保険関係	有 契約先		証	明	書						
乙	住所	〒									この欄が未記載、空欄の場合は、相手車両の車検証の写しが必要になる場合があります。
	氏名			生	年	明・大	年	月	日	(歳)	
	車種			車	両						
	自賠責保険関係	有 契約先		証	明	書					
	事故時の状態	運転・同乗()・歩行・その他									
事故類型	対車両	車 両 相 互					車 両 単 独			踏切	不明(調査中)
		正面衝突	側面衝突	出会頭突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱		
上記の事項を確認したことを証明します。											
なお、この証明証は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。											
令和 年 月 日											
自動車安全運転センター											
都事務所長 印											
証明番号				照会記録簿の種別	人身事故・物件事故						

この欄が「物件事故」と記載されている場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」が必要になります。