

### 第三者の行為による傷病届

※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。

被保険者 負傷した	フリガナ	-----		被保険者証 の記号番号	78				
	氏名	怪我をした方の氏名を記入		年齢	歳	性別	男・女	組合員 との続柄	
	生年月日	S・H・R	年 月 日生	年齢	歳	性別	男・女	組合員 との続柄	
相手方の氏名等	フリガナ	-----		住所	〒 _____ Tel _____ ( _____ )				
	氏名	相手方の氏名を記入		年齢	歳	性別	男・女	職業	
	生年月日	S・H・R	年 月 日生	住所・所在地					
	使用者又は 扶養者の氏名等	氏名・勤務先			Tel	( _____ )			
負傷又は事故の 状況	発生日時	平成・令和 年 月 日 ( _____ ) 午前・午後 時 分頃							
	発生場所	_____ において							
	負傷又は 事故及び 状況								
傷病の 治療 状況	診療を受けた 保険医 療機関名	当初				転院先			
	傷病名及び 負傷の程度	*特に診断書を添付する必要は有りません				初診日	平成・令和 年 月 日		
	診療見込	日間程度・		ヶ月程度		開始	平成・令和 年 月 日		終了
事故の 相手方の 保険契約 状況 等	自賠責保険 契約会社名				自賠責保険 証明書番号	第 _____ 号			
	自賠責保険 契約者住所				自賠責保険 契約者氏名				
	自動車等の 所有者住所				自動車等の 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) 契約の有無	有	契約会社名				担当者名	連絡先電話	
示談(損害賠償) 等の交渉状況	示談成立 ・ 示談無 「*示談成立(解決)の場合は、示談書等の写しを添付してください。」 交渉の経過※2 ( _____ )								
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり必要書類を添えて届出します。 「個人情報の取扱について」を確認し同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 _____ 連絡先電話番号 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>組合員(被害者)氏名 _____ (印)</p> <p><b>東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿</b></p>									

- 留意事項※1. この届出に係る個人情報は、損害賠償請求及び関連事務に使用します。
- ※2. 「交渉の経過」は詳細に、例えば○月△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の写しを提出してください。
- ※3. 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を記入してください。
- ※4. 後日調査の必要上から、関係者の電話番号等はかならず記入してください。



### 事故発生状況報告書「交通事故」

※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。

相手方自動車等の 保険証明書番号	第 _____ 号	相手方の氏名 (甲)	相手方の氏名を記入
相手方(甲)の 自動車等の車両番号		事故にあった 被保険者名(乙)	組合加入者の氏名を記入
被保険者 (乙)の状態	1. 自転車を運転   2. 原付バイクを運転   3. 自動二輪を運転   4. 自動車を運転 5. 事故車両に同乗 ( 甲の車輛・甲以外の車両 )   6. 歩行   7. その他( _____ )		
天 候	晴れ・曇り・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散
道路状況 (事故現場)	舗装の有無「舗装・未舗装」、歩道の有無「有(両側・片側)・無」 直線・カーブ・交差点・平坦・坂道・見通し「悪い・良い」・積雪路・凍結路		
道路幅	甲車側( _____ m)、甲車以外の車側( _____ m)	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
速 度	甲車 _____ km/h (制限速度 _____ km/h)、甲車以外の車両 _____ km/h (制限速度 _____ km/h)		
信号又は 標 識	信号「ある・ない」、一時停止標識「ある・ない」、その他標識( _____ )		
事故現場に於ける相手方と被害者の状況を図で示してください。	事故発生状況概略図(道路幅をmで記入してください。) <div style="float: right; border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;">                     甲 車                       甲車以外の車                       進行方向                       信 号                       一時停止                       人 間                       自転車 オートバイ                       横断歩道  </div>		
事故の説明を記入	_____ _____ _____		
事故時の用事	勤務先業務・通勤途中・私用・その他( _____ )		
事故届出警察		担当係官	

別紙「交通事故証明」に補足して、上記のとおり報告します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

報告書作成者名 相手方との関係( \_\_\_\_\_ )  
被保険者との関係( \_\_\_\_\_ ) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※被保険者以外の者が作成した場合は、被保険者の承認印を受けてください。

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿



## 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第23条・第25条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 ころ
	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。 ]

# 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  
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: \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

〒

誓約者 (加害者任意保険会社)

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

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: \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

対 象 事 故	発生年月日	平成・令和 年 月 日 ( )
	発生場所	

東京食品販売国民健康保険組合 理事長 殿

## 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	月	日	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	番 号								
	自 賠 責 保 険 関 係	有 無		契 約 先	証 明 書 番 号								
	事 故 時 の 状 態	運 転 ・ 同 乗 ( _____ ) ・ 歩 行 ・ 其 他 _____											
住 所	〒												
乙	氏 名			生 年	月	日	明・大	年	月	日	( 歳 )	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。	
	車 種			車 両	番 号								
	自 賠 責 保 険 関 係	有 無		契 約 先	証 明 書 番 号								
	事 故 時 の 状 態	運 転 ・ 同 乗 ( _____ ) ・ 歩 行 ・ 其 他 _____											
	住 所	〒											
事 故 類 型	人 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	其 他	転 倒	路 外 逸 脱			衝 突	其 他
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。													
平成・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。