

## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者番号(保険者名)	被保険者証記号番号		保険者番号(保険者名) 川西市	
	保険者の住所(届出先)	〒 666-8501 川西市中央町12-1			
	被保険者氏名 <small>国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名 <span style="float: right;">印</span>			
(被害者) 被(受)診者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		年 月 日	
	住所 / 電話	〒		TEL ( )	
	備考				
(加害者) 第(三)者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		年 月 日	男性 / 女性 歳
	住所 / 電話	〒		TEL ( )	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠償保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠償番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ( )	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	住 所	〒			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名		TEL ( )
治療状況	傷 病 名				
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
		〒		TEL ( )	
	所 在 地	〒		入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日	
	〒		TEL ( )		
所 在 地	〒		入院の有無	有 / 無	

**本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。**

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠償共済、任意共済の場合には、自賠償保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

# 事故発生状況報告書

事故証明書 番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴・曇・雨・雪・霧・( )	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道路状況	舗装 ( してある・してない ) ・ 歩道 ( ある・ない ) ・ 道路の見通し ( 良い・悪い ) 中央車線 ( ある・ない ) ・ 道路の状態 ( 直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路 )					
信号又は標識	信号 ( ある・ない ) ・ 自車側信号 ( 青・赤・黄 ) ・ 相手方信号 ( 青・赤・黄 ) 駐停車禁止 ( されている・されていない ) ・ その他標識 ( )					
速 度	甲車両 Km/h (制限速度 Km/h)		乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)			
事 故 現 場 状 況 図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 150px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: right;"> <p>自 車(乙) </p> <p>相手車(甲) </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人 </p> <p>自 転 車 バ イ ク </p> </div> </div>					
事 故 発 生 の 状 況 (経緯)						
被 害 者 の 負 傷 状 況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	労災特別加入	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。 年 月 日 届出者(被保険者): 印						

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとする事も可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。 社長、役員等の経営者が加入する労災保険

# 誓 約 書

私は、下記の事故に起因する被保険者（受給者）の保険（医療）給付について、貴市・町・国保組合の国民健康保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市・町・国保組合から請求があったときは、納付することを誓約いたします。また、保険（医療）給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

なお、市町条例による福祉医療費の助成を受けた場合も同様といたします。

年 月 日

（第三者）

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_（ ）\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

（連帯保証人）

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_（ ）\_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

市 ・ 町 長

川西

様

国保組合理事長

記

事 故 日	発 生 日 時	平 成 年 月 日 午 前 ・ 午 後 時 分 頃
	発 生 場 所	
被 保 険 者 ( 受 給 者 )	住 所	
	氏 名	

国及び川西市御中

## 同意書

私が加害者 ( ) に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条1項の規定により、保険者が保険給付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同意します。

つきましては、保険者（注1）が損害賠償額の支払の請求を加害者又は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請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要なと認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

なお、市町条例による福祉医療費の助成を受けた場合も同様とし、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。
- 5 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）損害賠償金を貴職が優先して受領されること。

年 月 日

世帯主

住所

氏名

(印)

(注1) 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、損害賠償金の徴収又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。