

第三者行為（交通事故等）による傷病届

保険者番号	370080
被保険者証記号番号	香川47
個人番号(マイナンバー)	


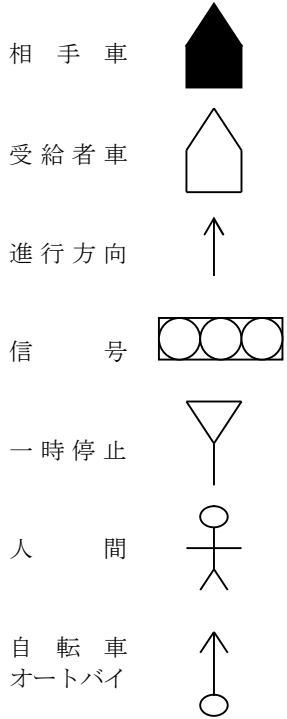
区分 1 交通事故 2 ひき逃げ
3 けんか 4 その他

被保険者に関する事項				第三者に関する事項					
事故の概要	被保険者氏名	年 月 日生 歳		相手方	住所	(電話)			
	発生日	年 月 日			氏名	年 月 日生 歳			
	時刻	午前, 午後 時 分ごろ		使用者(親権者)	勤務先名	(電話)	保有者との関係		
	発生場所				所在地(住所)				
	(具体的原因) 別添報告書のとおり				名称(氏名)	(電話)			
					代表者名				
	診療関係	病名	当初	(初診 年 月 日)	自賠責保険(強制)	保険会社 または農協名	火災海上保険 農業協同組合		
		院名	転医	(年 月 日)		証明書番号			
		国保診療開始日	転医	(年 月 日)		契約者	住所		
			転医	(年 月 日)			氏名		
年 月 日から			保有者	住所					
				氏名	契約者との関係				
損害賠償状況	自賠責保険への請求方法 (県外の場合請求先記入要す)			自動車	種別	府県別			
	1 被害者 2 加害者 3 医療機関				登録番号 車両番号				
					保険会社, 農協または 共済名	火災海上保険 農業協同組合 共済組合			
示談	1 未定 2 交渉中 3 不成立 4 成立 (年 月 日)			自動車保険等(任意保険)	証券番号				
	内容				契約者	住所			
						氏名			
				任意保険)	保険会社, 農協 または 共済の担当者名	(電話)			
上記のとおり届けます。									
令和 年 月 日				住所					
三豊市長 殿				氏名					
				印					
				(電話)					

(注) 添付書類 ①示談が成立している場合は示談書の写 ④誓約書
②警察官署の発行する事故証明書の写 ⑤念書(兼同意書)
③事故発生状況報告書

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

発生日時	年 月 日 午前, 午後 時 分頃			
発生場所				
甲 (相手運転者) 氏 名		乙 (被保険者) 氏 名		運転, 同乗者 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 (両, 片)【ある, ない】 直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】 積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園 (郊外) 国道, バイパス, 山間地, その他 ()】			
信号又は標識	信号【ある, ない】 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 乙車両	km/h (制限速度 km/h) km/h (制限速度 km/h)		
事故現場における自動車と被害者との 状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください。)			
				
上記図の説明を 書いてください				

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話)
所 有 者	〒 住所	氏名	(電話)

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名 印

念 書（兼同意書）

年 月 日 において の

不法行為により の蒙った負傷について、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、あわせて次の1から3までについては遵守することを誓約し、4及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に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ときは受領年月日、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. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
5. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

三豊市長 殿

誓約書

年 月 日

番地先において傷害をうけた 様の治療費は、貴（市・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

令和 年 月 日

支払義務者 住所

氏名 印

三豊市長 殿