

(記入例)

## 第三者行為傷病届

										個人番号(マイナンバー)												
										1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
被害者	被保険者証の記号番号	ま 123-4567		被保険者	国保花子		退職 後期 高齢	国保	本・家													
	受給(資格)者証の番号			受給者 氏名	S46年7月8日生																	
加害者	住所	前橋市〇〇町1丁目2-3			氏名	加害太郎		電話	212-3456													
加害者の 使用主	住所	(加害者が業務中の場合は記入)			氏名			電話														
発生日時	〇〇年〇月〇日 午前 〇時〇〇分頃 天候 晴 午後					発生場所	〇〇市〇〇町4丁目5-6															
事故発生の 原因及び状 況	別紙事故発生状況報告書のとおり																					
傷病及び負 傷の程度	頸椎捻挫、左大腿骨折ほか							治ゆまでの 見込み	全治 か月 日													
	初診	〇〇年〇月〇日		保険診療	① 〇〇年〇月〇日から診療している。2.していない。																	
医療機関名	当初	□□病院		電話	200-0000		転医後	△△病院		電話	200-0000											
自動車 事故の 場合の 加害自動車	自賠責 保険	会社名 (共済名)	〇〇火災海上保険				証明書 番号	A01-23456789														
		保険期間	〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日				登録番号 (プレートナンバー)	群馬500 あ 00-00														
		車体番号	AB09-87654																			
	契約者 住所	〇〇市〇〇町1丁目2-3				氏名	加害太郎															
	所有者 住所	同上				氏名	同上															
	任意 保険	会社名 (共済名)	〇△損害保険				担当者 氏名	損保一郎		電話	211-2222											
証券番号 (契約番号)		ABC-13579				保険期間	〇〇年 〇月 〇日～ 〇〇年 〇月 〇日															
契約者 住所		前橋市〇〇町1丁目2-3				氏名	加害太郎															
示談 有無	有	無	交渉経過 交渉中																			
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の4 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記のとおりお届けします。  〇〇年〇月〇日 住所 前橋市△△町123番地4 世帯主 氏名 国保太郎 電話 234-5678 (あて先) 前橋市長																						

- 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)
- 次の書類を添付して提出してください。  
(1)交通事故証明書 (2)事故発生状況報告書 (3)念書 (4)誓約書(加害者) (5)示談書(写)  
(6)その他[加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等]

(記入例)

# 事故発生状況報告書

保険証明書 番号(甲)	第 A01-23456789 号	当事者	甲	氏名 加害太郎 (電話) 027-000-0000	
自動車の 番号(甲)	群馬 500 あ 00-00		乙(負傷者)	氏名 国保花子 (電話) 027-000-0000	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	舗装してある 舗装していない	歩道	歩道(両・片) ある ない	直線・カーブ
	平地・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路	
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 50 km/h(制限速度40 km/h)、乙車両50 km/h(制限速度40km/h)				
事故発生状況を 図示してください。	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。	50km/hで直進中の甲は、前方の交差点の信号に気を取られていたため、右から横断中の乙の発見が遅れ、急ブレーキをかけたが間に合わず、乙と接触し乙が負傷した。				
別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。					
〇〇年〇月〇日					
報告者 甲との関係( )					
乙との関係(本人) 国保花子 (印)					

(記入例)

## 念 書

事故年月日	〇〇年 〇月 〇日	場 所	〇〇市〇〇町4丁目5-6
被害者氏名	国 保 花 子	加害者氏名	加 害 太 郎

国民健康保険法による保険

上記保険事故について、高齢者の医療に関する法律による医療 給付を受けた場合は、私が加害者に  
介護保険法による保険

国民健康保険法第64条第1項 保 険 者  
対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療に関する法律第58条第1項 の規定によって 広域連合  
介護保険法第21条第1項 市町村長

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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、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 上記保険事故で被った保険(医療)給付について、貴職又は貴職から求償事務の委託を受けている群馬県国民健康保険団体連合会が加害者(損害保険会社等)へ損害賠償請求権を行使するに当たって、診療報酬明細書等(写)を請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等(回答含む)について同意いたします。

〇〇年〇月〇日

住 所 前橋市△△町123番地4

氏 名 国 保 花 子



市 町 村 長  
国保組合理事長  
後期高齢者医療広域連合長

(あて先)前 橋 市 長

(記入例)

## 誓 約 書

貴 前 橋 市 の  国民健康保険の下記被保険者が受けた保険  
 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為  
 介護保険の下記被保険者が受けた保険

(交通事故)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いたします。

- 保険
- 1 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。  
 医療
- 国民健康保険
- 2 貴職の承諾なしに示談したときは、 後期高齢者医療 給付分に限り何びとに対しても示談の  
 介護保険  
効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払に充てるため  損害 保険株式会社(農業協同組合)に対して有す  
 保険  
る自動車損害賠償責任保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、 給付額を限度と  
 医療  
して貴職が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、受領権行使をしないこと。

〇〇年〇月〇日

誓約者住所 前橋市〇〇町1丁目2-3  
氏名 加 害 太 郎 実印

連帯保証人(誓約者との関係 )

住所 前橋市××町4丁目5-6  
氏名 連 帯 一 郎 実印

市 町 村 長  
国保組合理事長  
後期高齢者医療広域連合長

(あて先)前 橋 市 長

保 有 者	住 所	前橋市〇〇町1丁目2-3		
	氏 名	加 害 太 郎	証明書番号	A01-23456789
運 転 者	住 所	前橋市〇〇町1丁目2-3		
	氏 名	加 害 太 郎	誓約者との関係	本 人
国保、後期高 齢者医療及び 介護被保険者	住 所	前橋市△△町123番地4		
	氏 名	国 保 花 子		

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。