

第三者行為による傷病届

項 目			内 容		
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名
	届出者情報 ※国民健康保険は 世帯主、その他 は被保険者の 情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日
		住所 / 電話	〒		TEL ()
(被 害 者) (受 診 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな 氏 名		届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話	〒			TEL ()
(加 害 者) (第 三 者)	氏 名	ふりがな 氏 名			
	住所 / 電話	〒			TEL ()
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 氏 名		
	登録番号 / 車台番号		登録番号 車台番号		
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 第 号		
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 担当部署		
	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 第 号		
	任意対人一括の有無		有 / 無		
被害者加入の保険 会社の関与		関与の有無を チェックし、 「有」の場 合は右欄を記入 有 ☐ 無 ☐		保険会社名 担当部署 担当者氏名 TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号		〒		TEL ()
	※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ()
			③ 診療機関名	入 院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無			年 月 日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

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 登 録 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・していない) ・ 歩道：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い) 中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(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) ・ 自転車信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(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ください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。) 自 車(乙) 相 手車(甲) 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク						
事 故 発 生 の 状 況 (経緯)							
被 害 者 の 負 傷 状 況	日	☐ 出勤日 ☐ 休日 (定休日・休暇を含む) ☐ その他 ()					
	時 間 帯	☐ 勤務時間中 ☐ 通勤途上 ☐ 出張中 ☐ 私用 ☐ その他 () (パート・アルバイト含む)					
	場 所	☐ 会社内 ☐ 道路上 ☐ 自宅 ☐ その他 ()					
	労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が 加入する労災保険	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) ☐ 加入有 ☐ 加入無					

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日 届出者(被保険者) : 印
※未成年の場合は親権者等

(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ことも可能です。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。

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	令和 年 月 日		
被保険者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

(確認事項)

1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）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項の規定及び遠賀町医療費助成「重度障がい者医療費、子ども医療費、ひとり親家庭等医療費」に関する確認書によって、 （市・町・村・組合）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（以下「求償事務」という。）。

上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第16条の請求に優先して（市・町・村・組合）に支払われること。

(同意事項)

2 上記事故に関して、 (市・町・村・組合)及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
- (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
- (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

- (1)治療が完了したときは、必ず (市・町・村・組合)に申し出ること。
- (2)保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって (市・町・村・組合)にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
- (3)相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

令和 年 月 日

住所

氏 名

印

親権者

印

市 町 村

国保組合理事 長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、
親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

遠賀町 医療費助成「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」の
損害賠償請求権に関する委任状

事故発生年月日	令和 年 月 日		
被 害 者 名		相手者（第三者）名	
事 故 発 生 場 所			

上記事故に関して、私は相手者（保険会社等を含む。）に対して有する損害賠償請求権のうち、遠賀町が医療費助成を行った「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」については、遠賀町が相手者に対する損害賠償請求権を代位取得し、「重度障がい者医療費・子ども医療費・ひとり親家庭等医療費」の請求と受領及び復代理を選任する権限（遠賀町が請求事務を福岡県国民健康保険団体連合会に委託すること）を遠賀町に委任します。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 印

親権者 印

遠 賀 町 長 殿

（注）被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される
場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。