

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証の 記号番号	85-	保険の 種類	国保	個人番号 (12桁)		
被害者氏名					昭・平・令 年 月 日生	組合員 との続柄	
加害者	住所			氏名	昭・平・令 年 月 日生	職業	電話
加害者の 使用者	住所			氏名	昭・平・令 年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	平成 令和	年	月	日	午前 午後 時 分頃、場所		
発病の原因 又は負傷時 の状況							
疾病又は 負傷の程度					治ゆまで の見込み	入院 院 診療費総額	日 日 円
	国保による診療	1. 平成 令和 年 月 日からしている 2. していない					
診療を受けた保 険医療機関名	当 初				転医後		
自動車事故 の場合の 加害自動車	自賠責保険 契約会社名	保険株式(相互)会社			証明書番号	第 号	
	契約者住所				契約者氏名		
	所有者住所				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)の有無	有 保険株式会社			・無		
	住所						
	電話	担当者名					
損害賠償に関す る交渉の経過							
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組合員 住所 氏名</p> <p>東京都薬剤師国民健康保険組合 理事長殿</p>							

- 注 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付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写しを提出してください。
3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。
4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)	
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話)	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(両・片)	ある ない	直線・カーブ
	平坦・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	その他の標識
速 度	甲車両 km/h (制限速度 km/h), 乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者の状況を図示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。) <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"></div> <div style="width: 35%;"> <p>自 車 </p> <p>相 手 方 </p> <p>進 行 方 向 </p> <p>信 号 </p> <p>一 時 停 止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 > </p> <p>オ ー ト バ イ </p> </div> </div>				
上記図下 さいの 説明を 書					
上記図下 さいの 説明を 書					
上記図下 さいの 説明を 書					

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

念 書 (被害者側)

令和 年 月 日 において の不法行為により の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 項の規程によって、保険者である東京都薬剤師国民健康保険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 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿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出ること。

令和 年 月 日

住 所
氏 名

東京都薬剤師国民健康保険組合

理事長 高 橋 秀 徳 殿

記

事故発生年月日		事故発生場所	
加害者	住 所		
	氏 名		
被害者	住 所		
	氏 名		
※被保険者・加入者と誓約者との関係			

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入して下さい。

誓 約 書 (加害者側)

貴組合の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（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にて誓約いたします。

1. 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 上記1の支払いに充てるため_____保険株式会社（共済・農協・組合）に対して有する自賠償保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿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、誓約者の受領権行使をしないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

東京都薬剤師国民健康保険組合

理事長 高 橋 秀 徳 殿

記

被害者	住 所		
	氏 名		
保有者	住 所		
	氏 名		
加害者	住 所		
	氏 名		
※ 加害者と誓約者 との関係		自賠償（共済） 証明書番号	

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入して下さい。

同意書

令和 年 月 日

東京都薬剤師国民健康保険組合

理事長 高橋 秀徳 殿

私は、国民健康保険法第64条第1項の規定によって貴保険者が取得した保険給付額を限度とする、加害者（保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、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に同意いたします。

（被保険者）

住 所

氏 名

電 話 ()

（代理人）

住 所

氏 名

電 話 ()

本人との関係

代理理由