

# 第三者行為による傷病届

※ 交通事故・暴力行為など他人(第三者)による行為により病気やケガをしたときに、国民健康保険で治療を受ける場合は早急に届出をお願いします。

(注)

支部(出張所)でこの届を受理したら、できるだけ早く「調査書」(中建国保様式第三者第3・7号)を作成し、この届とあわせて本部へ送ってください。届出日現在不明な点については、空白のまま提出し、あとで判りしだい組合に連絡してください。示談が成立している時は示談書の写しを添付してください。

被保険者(被害者)に関すること	被保険者の記号番号(枝番)	90-								
	氏名	組合員との続柄( )								
	個人番号(マイナンバー)									
(交通事故の場合は「交通事故証明書」「事故発生状況報告書」その他参考となるものを添付してください。)										
発 生 年 月 日	年 月 日 (午前・午後) 時 分頃									
発 生 場 所										
原因、負傷時の状況										
被害の状況	傷病名	(1)	診療開始日	年	月	日				
		(2)	国保による診療の予定	年	月	日	から			
		(3)		年	月	日	まで			
	傷病の程度		診療の見込み期間		日間	月間	の見込み			
診療を受けている病院名	電話 ( )									
	電話 ( )									
	電話 ( )									
第三者(加害者)に関すること	氏名	生年月日 年 月 日 ( 歳)								
	住 所	電話 ( )								
	職 業			勤務先電話	( )					
	上の使用主	勤務先名称				代表者				
		所在地	電話 ( )							
	親権者(加害者が未成年の場合)	氏名								
		住 所	電話 ( )							
加害者が不明のとき(その理由・状況を詳しく)										
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。										
中央建設国民健康保険組合理事長 殿										
年 月 日										
住所 組合員 氏名										
(印)										
身元確認 (支部・出張所記入欄)	確認者	<input type="checkbox"/> 支部	<input type="checkbox"/> 出張所	氏名( )						
	届出人	<input type="checkbox"/> 組合員	<input type="checkbox"/> 代理人	氏名( )						
	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他( )						
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> その他( )								

# 事故発生状況報告書

保険証明書番 号 (甲の)	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)
自動車の番号 (甲の)			乙(被害者)	氏名 (電話)  運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴・曇・雨・雪・霜	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 平坦・坂	歩道(両・片) 見通し	ある ない 良 い 悪 い	直線・カーブ 積雪路・凍結路
信号又は 標 識	信号 あり 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 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。)			
	自 車  相手車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車 オートバイ 			
上記図の説明を書いて下さい。				

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。

年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )



支部にお願い …… 「事故発生状況報告書」は、中建本部より保険会社に提出するものですから  
ていねいに記入して下さい。

# 念 書

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  
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立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は必ず前もって貴組合にその内  
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、かつ遅滞なく貴組合に届出ること。

年 月 日

住 所  
組合員 氏 名

印

中央建設国民健康保険組合理事長 殿

# 誓 約 書

下記事故による診療費を貴組合で保険給付を行なった分について、国民健康保険法第64条第1項の規定による損害賠償額を責任をもって、貴組合に納付することを誓約致します。

年 月 日

納入者（相手側）住所

氏 名

㊞

連帯保証人住所

氏 名

㊞

中央建設国民健康保険組合 理事長 殿

記

事故発生年月日	年 月 日	
事故の場所		
被害者	住所	
	氏名	
加害者	住所	
	氏名	
運行供用責任者		

(注) 国保法第64条第1項では、保険者（中央建設国民健康保険組合）は保険給付事由が第三者の行為によって生じた場合、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権を代位取得すると定めている。



人身事故証明書入手不能理由書

御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p align="center"><b>理由</b></p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>
---	---

◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。

届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日
------	----------------------	-------	-------

裏面へ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください。	住所 〒 _____	記入日	年 月 日
	氏 名 _____		印
	電 話 _____ ( )		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ( _____ )		

【 事案情報 被害者名： \_\_\_\_\_ 事故日： \_\_\_\_\_ 年 月 日 】

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候
発生場所								
当事者	甲	住所	電話 ( )					
		氏名		生年月日	年 月 日( )才			
		自賠償保険契約先		自賠償保険 証明書番号	第 号			
		登録番号		事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	乙	住所	電話 ( )					
		氏名		生年月日	年 月 日( )才			
		自賠償保険契約先		自賠償保険 証明書番号	第 号			
		登録番号		事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	丙	住所	電話 ( )					
		氏名		生年月日	年 月 日( )才			
		自賠償保険契約先		自賠償保険 証明書番号	第 号			
		登録番号		事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
	丁	住所	電話 ( )					
		氏名		生年月日	年 月 日( )才			
		自賠償保険契約先		自賠償保険 証明書番号	第 号			
		登録番号		事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他			
戊	住所	電話 ( )						
	氏名		生年月日	年 月 日( )才				
	自賠償保険契約先		自賠償保険 証明書番号	第 号				
	登録番号		事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他				

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。