

第三者の行為による被害届

※

--	--	--	--	--	--	--	--

恵那市長様

平成 年 月 日

(〒 -)

住所

世帯主 氏名 印

電話 () -

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により下記のとおりお届けします。

事故発生日		平成 年 月 日		事故発生場所						
		午前・午後 時 分頃								
保険種別		若人・退職本人・退職家族		事故原因と状況						
被害者 (被保険者名)		被保険者証 記号・番号		職業						
		個人番号		続柄		性別		男・女		
		(フリガナ)		生年月日		(明・大・昭・平)				
		氏名				年 月 日 (歳)				
加害者 (第三者) に関する事項	加害者 (運転者)		氏名		生年月日		(明・大・昭・平)			
			住所		(〒 -)					
			職業		電話		() -			
	保有者		氏名		電話		() -			
			住所		(〒 -)					
			加害者との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
	契約者		氏名		電話		() -			
			住所		(〒 -)					
			保有者との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()					
	自賠責保険	有・無	保険会社		証明書番号					
任意保険	有・無	保険会社		支店名		課名		担当者名		
		証券番号		電話) -				
医療機関の所在地・名称(氏名)			傷病名			初診日		年 月 日		
当初						保険診療開始日		年 月 日		
転医後						診療見込期間				
						診療見込金額		円		

(注) ※印の個人番号欄は、保険者にて記入します。

事故発生状況報告書

事故発生 の 状 況	<p>相手方の行為によって生じた事故について、相手方の行動及び自分自身の行動を分かりやすく、詳しく記入して下さい。</p>
事故現場 の 見 取 図	<p>事故が発生した場所の見取図を記載して下さい。そして自分自身と相手方の行動を、点線をもって表示して下さい。</p>

念書(同意書) (被害者側)

平成 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、
並びに保険者が加害者（損害保険会社等）に対し賠償金を請求する際に、その
賠償金の算定にあたり、受診医療機関、保険点数及び交通事故外の傷病（既往
症等）による診療が含まれていないかなどを確認するために必要な次の書類を、
加害者（損害保険会社等）に提出することに異議のないことを、書面をもって
同意します。

- (1) 第三者の行為による被害届（写）
- (2) 交通事故証明書
- (3) 事故発生状況報告書
- (4) 診療報酬明細書（写）等

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。

平成 年 月 日

住 所
氏 名

Ⓔ

恵那市長様

承諾書（被害者側）

平成 年 月 日、 において、
発生した自動車事故により、被害者 が受けた損害のうち
国民健康保険法に基づいてなされた保険給付の限度内で私がおこなう自動車損
害賠償法による保険金の請求に優先して 恵那市 に支払われることを承諾
します。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

誓約書（加害者側）

貴市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をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社（農業協同組合）に対して有す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、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。

平成 年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

印

保証人 住 所

氏 名

印

恵 那 市 長 様

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
加害者 (運転者)	住所	*		
	氏名	*	誓約者との関係	*
被害者 (被保険者)	住所			
	氏名			

(注) 印鑑証明を添付して下さい。* 欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。