記入例

第三者行為による傷病届

<table>
<tr><td rowspan="2">被害者</td><td>被保険者証の記号番号</td><td>宇土
1234567</td><td rowspan="2">被保険者名
（被害者名）</td><td rowspan="2">国保　太郎
S〇〇年 〇月〇〇日生</td><td rowspan="2">世帯主との続柄</td><td rowspan="2">本人</td></tr>
<tr><td>個人番号</td><td>〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇</td></tr>
<tr><td>加害者</td><td>住所</td><td>宇土市〇〇町1－1</td><td>氏名</td><td>熊本　一郎
S〇〇年〇月〇日生</td><td>職業</td><td>会社員
電話　22-〇〇〇〇</td></tr>
<tr><td>加害者の使用者</td><td>住所</td><td></td><td>氏名</td><td>年　月　日生</td><td>職業</td><td>電話</td></tr>
<tr><td>負傷の日時及び場所</td><td colspan="6">H〇〇年 〇月 〇〇日 （午前）・午後 〇〇時 〇〇分頃 場所 宇土市〇〇町</td></tr>
<tr><td>発病の原因又は負傷時のの状況</td><td colspan="6">上記場所において、国保車が直進中、一時停止の標識を見落として進入してきた熊本車と出会い頭に衝突し、国保太郎が負傷した。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">疾病又は負傷の程度</td><td colspan="3">頚椎捻挫</td><td>治癒までの見込み</td><td colspan="2">入　院　20日
通　院　20日
診療費総額　60円</td></tr>
<tr><td>国保による診療</td><td colspan="5">H〇〇年 〇月〇〇日から （している）・ していない</td></tr>
<tr><td>診療を受けた診療取扱機関名</td><td>当初</td><td colspan="2">〇〇病院</td><td>転移後</td><td colspan="2">△△病院</td></tr>
<tr><td rowspan="5">自動車事故の場合加害自動車</td><td>自賠責保険契約会社名</td><td colspan="2">熊本海上　保険株式（相互）会社
農業協同組合</td><td>証明書番号</td><td colspan="2">第 AB34-56789 号</td></tr>
<tr><td>契約者住所</td><td colspan="2">宇土市〇〇町２－５</td><td>契約者氏名</td><td colspan="2">熊本　次郎</td></tr>
<tr><td>所有者住所</td><td colspan="2">同上</td><td>所有者氏名</td><td colspan="2">同上</td></tr>
<tr><td>登録番号又は車両番号</td><td colspan="2">熊本５１か〇〇〇〇</td><td>車体番号</td><td colspan="2">C－１２３４５６－７</td></tr>
<tr><td>任意保険（対人）の有無</td><td colspan="5">有（ 九州海上火災　保険株式（相互）会社
農業共同組合
担当（TEL）） ・ 無</td></tr>
<tr><td>損害賠償に関する交渉の経過</td><td colspan="6">治療終了後、示談の予定</td></tr>
</table>

国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおりお届けします。

令和〇〇年 〇月 〇日

世帯主 住所　宇土市〇〇町〇〇番地

宇土市長　様　　　氏名　国保　太郎　印

電話　２２－△△△△

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下さい。

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品をどれだけ受け取った、医療費、付き添い費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写しを提出して下さい。

3　自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いて下さい。

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下さい。

第４号様式

記入例

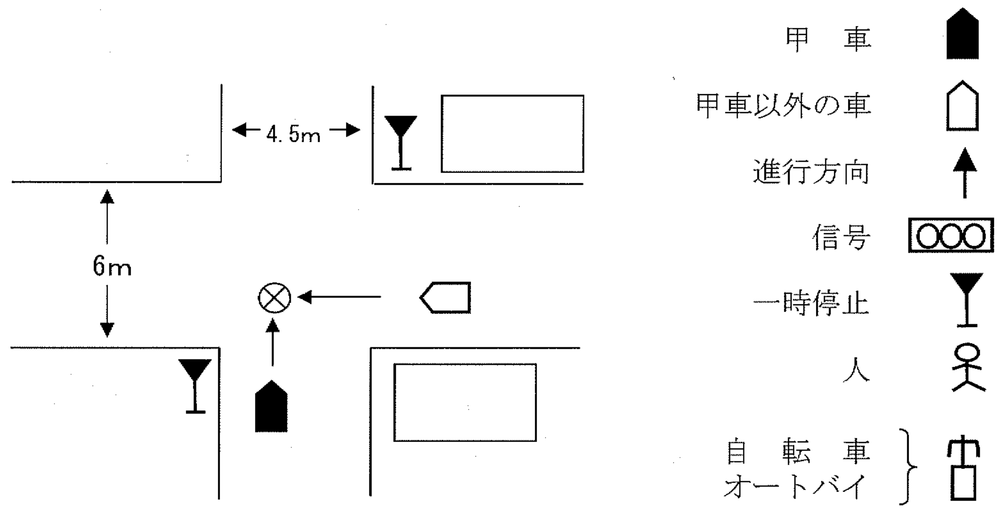
事　故　発　生　状　況　報　告　書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 （加害運転者）	氏名	熊本　一郎	乙 （被害者）	氏名	国保　太郎	~~運転~~（○）・同乗・歩行・その他 ｛甲　車／甲車以外の車
速　度	甲　車	４０ km/h（制限速度　３０km/h）				
	甲車以外の車	３０ km/h（制限速度　３０km/h）				

事故現場における自動車と被害者の状況を図示してください。

事故発生状況略図（道路幅をｍ（メートル）で記入してください）



上記図の説明を書いてください。

自車（乙）が直進中、一時停止の標識を見落として進入してきた相手車（甲）と出会い頭に衝突した。

事故の発生状況は、わかる範囲で構いませんので、できるだけ詳しく記入してください。

甲車以外の車について判明している場合にご記入ください。

自動車の番号		運転者氏名	（電話）
保　有　者	〒 住所		氏名

令和　〇〇年　〇月　〇日

甲との関係（　　　　　　　）　氏名　　　　　　　　　　印

乙との関係（　本人　）　氏名　国保　太郎　印

※交通事故証明書は、自動車安全運転センター（免許センター）で有料で発行されます。

見本

交通事故証明書

申請者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事故照会番号	第　　号	甲・乙・　との続柄
発生日時	平成　年　月　日　午　時　分ごろ（　曜日）　天候	
発生場所		

					備考
甲	住所				
	フリガナ 氏名		生年月日	明大昭平　年　月　日生（　歳）	甲乙以外の当事者 （有（別紙記載のとおり） 無
	車種	自事	車両番号		
	自賠責保険関係	有無　契約先	証明書番号		
	事故時の状況	運転・同乗（運転者氏名　　）・歩行・その他			
乙	住所				
	フリガナ 氏名		生年月日	明大昭平　年　月　日生（　歳）	
	車種	自事	車両番号		
	自賠責保険関係	有無　契約先	証明書番号		
	事故時の状態	運転・同乗（運転者氏名　　）・歩行・その他			

事故類型	人対車両	車両相互						車両単独				踏切	不明・調査中
		正面衝突	側面衝突	出会い頭衝突	接触	追突		転倒	路外逸脱	衝突	その他		

上記の事項を確認したことを証明します。

なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明ら

ものではありません。

平成　年　月　日

動車安全運転センター

熊本県事務所長

記		照合記録簿の種別	人身事故

「物件事故」の場合は人身事故証明書入手不能理由書が必要です。

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

＿＿＿＿＿＿保険会社　御中

当事者	運転者（甲）	住所	熊本市△△町□□町××番地		
		氏名	熊本　次郎	生年月日	明・大・昭（○）・平 ●● 年 □□月 ××日（○○）才
		自賠責保険契約先	○○損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第　●●●●●●　号
		登録番号	××××××××	車台番号	熊本×× く○○−○○
	運転者（乙）	住所	熊本市○○町○丁目○番地		
		氏名	広域　太郎	生年月日	明・大・昭（○）・平 □□年 ××月 △△日（●●）才
		自賠責保険契約先	××損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第　○○○○○○　号
		登録車両番号	熊本○○こ ■■−■■	事故時の状況	運転（○）・同乗（甲・乙）・歩行・その他
事故発生日時			平成20年 4 月 1日 午前・午後（○） 3時 30分頃 天候 晴れ		
事故発生場所			熊本市△△町××丁目●●●番地　において		
届出警察			●● 警察 ●● 担当官	届出年月日	平成20年 4月 1日
人身事故証明書入手不能理由			甲・乙とも軽傷だった為、物件事故扱いとなった。		

◇上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

平成●●年 ●月 ●日

（○）運転者（甲）　住所　熊本市△△町□□町××番地
○ 被害者（乙）　電話 096（ 000 ）111
○ その他（　　）　氏名　熊本　次郎　印鑑 ㊞

（注）当…請求（法第16条請求）の場合には、原則運転者（甲）側の方がご記入ください。
…請求）の場合には、原則被害者（乙）側の方がご記入ください。

> 事故による治療にあたって使用される保険（自賠責・任意等）の加入者の署名・押印が必要です。
> 多くの場合は第三者（相手方）の署名・押印となります。

	年 月 日	
	責任者	担当者
（別紙参照） □ その他（　　　　　　　　）		

（続紙）当事者が複数存在する場合は添付が必要です。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

発生年月日時			年　月　日　午前 午後　時　分頃　天候		
当事者	被害者（丙）	住所		電話（　　）	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	被害者（丁）	住所		電話（　　）	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	被害者（戊）	住所		電話（　　）	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	被害者（己）	住所		電話（　　）	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	被害者（庚）	住所		電話（　　）	
		氏名		生年月日	明・大 昭・平　年　月　日（　）才
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他

様式　５－１

念　　　書

（事故発生場所）

令和〇〇年〇〇月〇〇日　宇土市△△町●●番地　において
（相手方名）　の不法行為により　（被保険者名）　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ありません。

また、医療事故が交通事故である場合は、保険者が給付の価額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）より優先的に支払を受けることに異議のないことを申し立てます。

なお、併せて、次の１から３までについては遵守することを誓約し、４及び５については同意します。

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、承諾を得ること。

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、遅滞なく貴職に届け出ること。

４　本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを、熊本県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。

５　本件保険事故により受診した医療機関等から、熊本県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所　宇土市〇〇町〇〇番地

氏名　国保　太郎　　印

宇土市長　　元松　茂樹　様

被保険者（治療を受けた方）
の署名・押印が必要です。

様式　６－１

誓　　約　　書

貴　宇土市の国民健康保険の被保険者　（被保険者名）　　が受けた保険給付は、私の不法行為によるものですので、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職に支払うこと。

２．被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出、承諾を得ること。

なお、貴職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の支払に充てるため、貴職が保険給付の価額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

誓約者　住所　宇土市〇〇町１－１

氏名　熊本　一郎　　　印

宇土市長　　元松　茂樹　様

第三者（相手方）の署名・押印が必要です。