

記入例

資格区分	後期高齢者	員番	
所得区分	現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ		

第三者の行為による傷病届

被保険者番号	01234567		
氏名	広域 太郎 (被保険者)	生年月日	明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 00年××月△△日
勤務先 (無い場合は記入不要)	所在地	名称	TEL

第三者	住所	〇〇市△△町□□番地		
	氏名	熊本 次郎 (相手方)	TEL	096-□□□-□□□□
	勤務先	所在地	〇〇市〇〇町××番地	
		名称	△△△株式会社 TEL 096-■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■	

事故発生の年月日	30年4月1日	午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 10時30分頃
事故発生場所	〇〇市××丁目●●番□□号	

示談状況	示談の有無	見舞金、自賠責保険から仮渡金、治療費など金品をもらった場合や、話し合いをした場合はその状況を記入してください。 ※示談したときは示談書の写しを添付してください。
	有 <input checked="" type="radio"/> 無	

※ 提出するときは次の書類を添付してください

- 1 交通事故証明書 (人身事故) (傷害・飼い犬による咬傷の場合不要です)
- 2 事故発生状況報告書
- 3 念書 (署名は被保険者です)
- 4 誓約書 (署名は第三者です)

(届出上の注意)

- 1 この届出は、第三者行為(交通事故等)で自傷し、後期高齢者医療を使用して治療を受ける場合に提出してください。
- 2 後期高齢者医療を使用して治療を受けたときは、その費用の限度において、熊本県後期高齢者医療広域連合が加害者や自賠責・任意保険に対して損害賠償請求権を取得します。

特記事項

自動車損害賠償保険 (自賠責)				
第 三 者	保険会社名	〇〇損害保険株式会社	保険期間	平成30年1月1日から 平成32年1月1日まで
	保険契約者	氏名 熊本 次郎	所有者との関係	本人
		住所 〇〇市△△町□□番地	運転者との関係	本人
			電話番号	096-●●●●-●●●●
	自動車の所有者	氏名 同上	住所	同上
	車両番号	熊本×× < 〇〇-〇〇	車台番号	××××××××

任意保険の有無			<input checked="" type="radio"/> 有・無	
第 三 者	保険会社名	〇〇損害保険株式会社	任意保険の使用	<input checked="" type="radio"/> 可・不可・不明
	担当者氏名	連合 花子	電話番号	096-〇〇〇-〇〇〇〇
	証券番号	●●●●●●●●●●		
	保険契約者	氏名 熊本 次郎	住所	〇〇市△△町□□番地

被 保 険 者	受診した医療機関に関する事項	受診した医療機関名 (複数あればすべて記入してください)	〇〇総合病院 ××整形外科
	保険診療開始日	30年4月1日	

上記のとおり届けます。 令和 ●年●月●日

住所 〇〇市〇〇丁目〇番〇号

氏名 広域 太郎 (被保険者) 印鑑

電話 ●●●●-●●●●-●●●●

市町村受付 ※市町村窓口にて受付した場合
広域連合受付

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

第4号様式

事故発生状況報告書

記入例

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 次郎	乙 (被害者)	氏名 広域 太郎	運転 同乗・甲車 歩行・その他 甲車以外の車
速度	甲車 40 km/h (制限速度 30 km/h)	甲車以外の車 30 km/h (制限速度 30 km/h)		

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)

甲車 進行方向 一時停止 人 自転車 オートバイ

上記図の説明を

自転車(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、わかる範囲を補いませんので、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 ●●年 ●月 ●日

甲との関係 () 氏名 印

乙との関係 (**本人**) 氏名 **広域 太郎** 印

印鑑

※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。

交通事故証明書

見本

申 住所 _____
請 者 氏名 _____

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

甲	住所	備考	甲乙以外の当事者 (有(別紙記載のとおり) 無)
	フリガナ	生 年 月 日 明大昭平 年 月 日生 (歳)	
	氏 名 熊本 次郎	車 種 自 車 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	生 年 月 日 明大昭平 年 月 日生 (歳)	
	氏 名 広域 太郎	車 種 自 車 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			

事故類型	対 人	車 両 相 互					車 両 単 独				踏 切	不 明 ・ 調 査 中
		正 面 衝 突	側 面 衝 突	出 発 会 頭 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、損害の種類とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。

年 月 日

自動車安全運転センター
熊本県事務所長

証明番号	照合記録簿の種類	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(記入例:6ページ)が必要です。

記入例

念 書

後

平成30年4月1日 事故発生場所 ○○市××丁目●●番□□号 相手方の氏名 において

被保険者の氏名 熊本 次郎 の不法行為により 広域 太郎 の被った医療事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による医療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高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって後期高齢者医療広域連合長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。

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）をまれなく、かつ、遅延なく貴職に届け出ること。
- 4 本件医療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 本件医療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 ●●年 ●月 ●日

被保険者(治療を受けた方)の署名・捺印が必要です。

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者の住所・氏名
住所 ○○市 ○○丁目 ○番 ○号
氏名 広域 太郎 
印鑑

記入例

誓 約 書


後

貴後期高齢者医療広域連合の後期高齢者の医療給付対象者 被保険者の氏名 広域 太郎 が受けた医療給付は、私の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. 医療給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 事故の相手方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後期高齢者医療給付分に限り、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、貴職が医療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 ●●年 ●月 ●日

第三者(相手方)の署名・捺印が必要です。

第三者(相手方)住所・氏名
誓約者 住所 ○○市 △△町 □□番地
氏名 熊本 次郎 
印鑑

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

記入例

表

人身事故証明書入手不能理由書

_____ 保険会社 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。)

理由	<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
	<input checked="" 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)
	<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
	<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。)
	【理由】
	<input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)
	【理由】

◆ 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	<input checked="" type="radio"/> 警察	<input checked="" type="radio"/> 担当者	届出年月日	30年4月1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、人身事故の事実には相違ありません。

<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒000-0000	記入日	●●年●月●日
<input type="radio"/> 目撃者	〇〇市△△町□□番地		
<input type="radio"/> その他	氏名 熊本 次郎		<input checked="" type="checkbox"/> 印鑑
	電話 096 (□□□) □□□□		

(注) 当欄は、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、被保険者)の方が記入してください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合は、目撃者の方が記入してください。

○ 第三者(相手方)の加入する自賠責保険等に請求するために必要となるため、原則として第三者(相手方)の署名・捺印が必要です。

※ やむを得ず、被保険者が署名・捺印する場合は、その理由を余白等に記入してください。

例) 被害者(被保険者)の過失が大きいため、相手方の協力を得られなかった。

例) 相手方と連絡が取れず、取り付け出来なかった。

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 】

裏

○ 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	30年4月1日	午前 午後	3時30分頃	天候
発生場所	〇〇市××丁目●●番□□号			
甲	住所	〇〇市△△町□□番地 電話096(□□□) □□□□		
	氏名	広域 次郎	生年月日	明・大 昭・平 〇年×月△日(□)才
	自賠責保険契約先	〇〇損害保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ●●●●●● 号
	登録番号	熊本×× <〇〇-〇〇	事故時の状況	<input checked="" type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住所	〇〇市〇〇丁目〇番〇号 電話096(□□□) □□□□		
	氏名	広域 太郎	生年月日	明・大 昭・平 □年△月×日(〇)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 〇〇〇〇〇〇 号
	登録番号	熊本〇〇 こ■■-■■■	事故時の状況	<input checked="" type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
当 事 者	住所	電話 ()		
	氏名		生年月日	明・大 昭・平 年 月 日()才
丁	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	<input type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	住所	電話 ()		
戊	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	<input type="radio"/> 運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	住所	電話 ()		

○ 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(同乗者が傷害を負った事故などで、物件事故であるために交通事故証明書に同乗者のお名前等が記載されていない場合など)に限り、記入が必要です。

※ 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。

記入例

※ 太枠内に記入してください。

資格区分	後期高齢者
所得区分	現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ
整理番号	—
自損事故等による傷病届	
被保険者番号	01234567
被保険者氏名	広域 太郎 (被保険者)
事故発生の年月日	30年4月1日 午後10時30分頃
事故発生場所	〇〇市××丁目●●番□□号
事故発生の具体的原因とその状況	自身の普通乗用車にて国道〇〇号線を運転中に脇見をし、ハンドル操作を誤ってしまったため、ガードレールに衝突し負傷した。

受診した医療機関に 関する事項	受診した医療機関名 (複数あればすべて記入してください)	〇〇総合病院 ××整形外科医院
	保険診療開始日	30年4月1日

上記のとおり届けます。 令和 ●●年 ●月 ●日	市町村受付
住所 〇〇市〇〇丁目〇番〇号	
氏名 広域 太郎 本人 (被保険者との続柄) 印鑑	広域連合受付
電話番号 ●●●●-●●●●-●●●●	

※ 医療機関によっては、保険治療できない場合がございます。保険治療ができない場合には、療養費の申請ができます。

相手方のいない交通事故等(自損事故)で怪我をしたときはこちらの用紙のみで構いません。
自損事故の同乗者として怪我をされた方は相手方のいる交通事故と同様に「第三者の行為による傷病届」が必要です。
事故の原因などはできるだけ詳しく記入してください。



交通事故などにより保険証を使用して治療を受けられた場合は忘れずに届出をお願いします。

高齢者の医療の確保に関する法律施行令(抜粋)

(第三者の行為による被害の届出)

第四十六条 療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した届書を、後期高齢者医療広域連合に提出しなければならない。

- 一 届出に係る事実
- 二 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)
- 三 被害の状況