

第三者行為(交通事故)届け出書類チェックリスト

提出書類		備考
必須書類	<input type="checkbox"/> 第三者行為による傷病届	
	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書	警察署等で取得してください
	<input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書	
	<input type="checkbox"/> 念書	届出される方が書きます
	<input type="checkbox"/> 誓約書	事故の相手側に書いてもらいます 交渉状況によっては無しでも構いません
	<input type="checkbox"/> 個人情報提供の同意書	
	<input type="checkbox"/> 人身事故証明書入手不能理由書	物損事故で処理されているときに必要
	<input type="checkbox"/> 委任状(県単)	福祉医療制度により、病院の自己負担が0円の場合必要

第三者行為による傷病届

				国保・退職（本人・家族）・後期・介護		
被害者	フリガナ		世帯主との続柄		被保険者証記号番号	
	氏名				和45-	
	年 月 日生（ ）歳				後期高齢者被保険者番号	
※個人番号						
第三者	本人	住所			電話	
		氏名			年 月 日生	
	使用者	住所 名称 代表者名			電話	
事故の状況	発生日時	平成 年 月 日		午前・午後	時 分頃	
	発生場所					
	事故の原因及び状況					
診療関係	傷病名及び傷病の程度			初診日	平成 年 月 日	
				国保（後期）開始日	平成 年 月 日	
	治療までの見込み	入院	日・通院	日・費用額	円	
サービス関係	要介護状態			介護保険サービス提供開始日	平成 年 月 日	
	介護サービス事業者名	住所 名称	電話			
第三者関係	示談等の交渉状況		成立した・成立していない・交渉中（平成 年 月 日現在）			
	自賠責保険	保険会社名	電話		担当者名	
		契約者名			証明書番号	
	任意保険	保有者	住所			
			氏名			
	係	証券番号	住所 名称	電話		
					担当者名	

※ 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

住所 串本町 _____

氏名 _____ 印

串本町長 殿

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。

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と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="float: right; margin-top: 20px;"> 自 車 ▲ 相手車 △ 進行方向 ↑ 信 号 ☒ 一時停車 ∟ 人 間 ♀ 自転車・ オートバイ ♂ </div>						
下さい。上記図の説明を書いて							

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

甲との関係() _____ 印

報告者

乙との関係() _____ 印

様式第10号

念 書

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
介護保険法による保険給付
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、私が第三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
介護保険法第21条第1項の規定に
高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項

よって 保険者
広域連合 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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 第三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. 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 第三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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

住 所 串本町

氏 名 _____ 印

串本町長 殿

誓 約 書

貴(市・町・村・組合)の国民健康保険の介護保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為
後期高齢者 受給者 医療給付

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。
医療給付額
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険給付分
介護保険給付分 限り何人に対しても示談
後期高齢者医療給付分
の効力を主張しないこと。

平成 年 月 日

加害者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

串本町長 殿

記

被害者 (被保険者)	住所	串本町
	氏名	

個人情報の第三者提供に関する同意書

平成 年 月 日 _____ の不法行為により _____ の
被った保険事故について、貴町が取得した損害賠償権の行使にあたり、貴町が
保有する下記の個人情報を損害保険会社等に対する第三者行為の求償事務のため、
損害保険会社等に提供することに同意いたします。

記

- 1 保険事故に関する国民健康保険・介護保険・老人保健医療診療報酬明細書等
- 2 念書
- 3 その他 ()

平成 年 月 日

住所 串本町 _____

氏名 _____ (印)

串本町長 様

人身事故証明書入手不能理由書

宛

■ 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">理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 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 black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【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 black; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
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。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ 印</p> <p>電 話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(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) 該当する口のすべてに/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: 平成 _____ 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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。

委任状 (県単)

受任者 串本町長 殿

上記の者に対して、次の事項を委任します。

私が平成 年 月 日、加害者 _____ から受けた交通
事故による損害のうち串本町 _____

条例第 ____ 条の規定により、私について支給された _____

に係る損害賠償額の請求、受領及び復代理人の選任に関すること。

なお、上記により受領した損害賠償額については同条例第 ____ 条第 ____ 項の規定
により私が串本町に返還すべき額に充当されたいこと。

平成 年 月 日

委任者

住 所 串本町 _____

氏 名 _____ 印