

第三者行為（交通事故等）による傷病届

保険者番号			3	7	0	0	6	4
被保険者記号番号	香川45							
個人番号(マイナンバー)								

区分 1 交通事故 2 ひき逃げ
3 けんか 4 その他

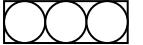
被保険者に関する事項					第三者に関する事項					
事故の概要	被保険者 氏名	年 月 日 生 歳				相手方	住 所	(電話)		
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日 生 歳					
	発生日 年月日	勤務先名	(電話)			保有者との関係				
	時刻	午前, 午後	時	分ごろ	所在地 (住所)					
	発生場所					名称 (氏名)	(電話)			
(具体的な原因) 別添報告書のとおり					代表者名					
診療関係	病院名	当 初 転 医	(初診 年 月 日)		自賠責保険 (強制)	保険会社 または農協名	火災海上保険 農業協同組合			
			(年 月 日)			証明書番号				
			(年 月 日)			住 所				
	国保診療開始日	年 月 日 から	氏 名							
			転 医	住 所						
損害賠償状況	1 被害者 2 加害者 (県外の場合請求先記入要す) 3 医療機関					保有者 (自動車)	氏 名	契約者との関係		
	自動車	種 別		府県別						
	登録番号 車両番号									
						保険会社、農協または 共済名	火災海上保険 農業協同組合 共済組合			
						証券番号				
示談	1 未定 2 交渉中 3 不成立 4 成立 (年 月 日)					自動車保険等 (任意保険)	住 所			
	内 容	氏 名								
						保険会社、農協 または 共済の担当者名	(電話)			
上記のとおり届けます。										
年 月 日					住所					
長 殿					氏名					
					印					
					(電話)					

(注) 添付書類 ①示談が成立している場合は示談書の写
②警察官署の発行する事故証明書の写
③事故発生状況報告書

④誓約書
⑤念書(兼同意書)

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。

発生日時	年 月 日 午前, 午後 時 分頃					
発生場所						
甲 (相手運転者) 氏 名			乙 (被保険者) 氏 名			運転, 同乗者 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, していない】歩道(両, 片)【ある, ない】直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園(郊外) 国道, バイパス, 山間地, その他()】					
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 乙車両	km/h (制限速度)	km/h (制限速度)	km/h (制限速度)		
事故現場における自動車と被害者と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 で記入してください。) 					相 手 車  受 給 者 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ください						
請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入ください。						

自動車の番号		加害運転者	氏名	(電話)
所 有 者	〒 住所	氏名		(電話)

年 月 日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名

連絡先 () —

印

念書（兼同意書）

年 月 日 において の

不法行為により の蒙った負傷について、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し立てます。

なお、あわせて次の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、必ず事前に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。
4. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川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. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

さぬき市長 殿

誓 約 書

年 月 日

番地先において傷害をうけた
様の治療費は、貴（市
・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健
康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度
で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく
支払を履行することを誓約いたします。

年 月 日

支払義務者 住所

氏名 印

さぬき市長 殿