

第三者行為求償事務提出書類について

○提出書類

①第三者の行為による被害（傷病）届（様式第3号）

②事故現場見取図及び発生状況書（様式第4号）

③・同意書（様式第5号）

・同意書（指定公費負担医療相当額について求償を行う場合の同意書）

④誓約書（様式第6号）

⑤交通事故証明書

※交通事故証明書が入手できなかった時は人身事故証明書入手不能理由書を提出して下さい。

以上、よろしくお願いいたします。

お身体、お大事になさって下さい。

返送先

〒630-8002 奈良市二条町二丁目 9-2
奈良県歯科医師会館内
奈良県歯科医師国民健康保険組合






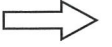


奈良県歯科医師国民健康保険組合

第三者の行為による被害(傷病)届

被 保 険 者	被保険者氏名		被保険者証番号		性別	生年月日	世帯主 との続柄 (国保の場合)	電話番号
	フリガナ				男 ・ 女	明・大・昭・平・令 . .		
			個人番号					
第 三 者 (相 手 方)	第三者氏名		第三者住所		性別	生年月日	電話番号	
	フリガナ				男 ・ 女	明・大・昭・平・令 . .		
	第三者の使用者氏名		第三者の使用者住所				電話番号	
負 傷 状 況	負傷日時				負傷場所			
	年	月	日	AM・PM	時	分		
	発症の原因又は負傷の状況(出来るだけ詳細に)							
保 険 使 用 状 況	受診医療機関(事業所)名			保険使用開始日		治療状況		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
				年 月 日		治療中 ・ 治療終了 【 年 月 日 】		
第 三 者 の 自 動 車 保 険 ・ 任 意 保 険 情 報	自 賠 責 保 険	保険会社 (農協)		保険株式会社 農業協同組合		証明書番号	第 号	
		契約者名		契約者住所				
		所有者名		所有者住所				
	登録・車両番号				車台番号			
	任意保険 対応の有無	有	無	保険株式会社 農業協同組合		担当者名	電話番号	
	交渉の経過(詳細に記載) ※示談後は示談書写を添付						示 談	
							済	未
人身傷害保険 ご利用の有無	有	無	保険株式会社 農業協同組合		担当者名	電話番号		
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>_____(市・町・村・国保組合理事)長 奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿</p> <p style="text-align: right;">住所 世帯主・被保険者 氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(国民健康保険のときは「世帯主」の住所・氏名を記載してください)</p>								

国民健康保険は、国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づく
 介護保険は、介護保険法施行規則第33条の2の規定に基づく
 後期高齢者医療は、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定に基づく

事故現場見取図及び発生状況書

甲（第三者名） （相手の名前）	氏名	乙（被保険者名） （あなたの名前）	氏名
道路状況 （該当○印）	交通状況 { 混雑 普通 閑散 } 歩道（両・片） { ある ない } 直線・カーブ 中央線 { ある ない }		
	平坦・坂 { 登り 下り } 見通し { 良い 悪い } 積雪路 凍結路 道路の幅員 { 甲走行路 m 甲車以外 m }		
信号又は標識 （該当○印）	信号 { ある [下図に信号 の色を記入] ない } 一時停止 { ある [下図に標識・ 停止線記入] ない } 駐停車 { されている 禁止 { されていない }		
速 度	甲車 km/h（制限速度 km/h）	・	甲車以外 の車 km/h（制限速度 km/h）
○事故発生状況を图示してください。	☆事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください）		
	甲車  甲車以外の車  進行方向  信号  一時停止  一方通行  人  自転車 } 		
○上記地図の説明を書いてください。			

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係（ ）
乙との関係（ ）

⑩
⑩

同意書

平成・令和 年 月 日 (事故場所) _____ において

(加害者) _____ の不法行為により (被害者) _____ の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について 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、私が第三者に対して有する
介護保険法による介護給付

国民健康保険法第64条第1項
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、保険者・市町村が給付
介護保険法第21条第1項

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事に異議のないこと、並びに

下記の事項を遵守することを書面をもって同意します。

記

- 私が受けた保険（医療・介護）給付について、保険者・市町村及び国民健康保険団体連合会が、加害者（損害保険会社等）に損害賠償請求を行うために必要な範囲で、診療（調剤）報酬明細書、療養費支給申請書、介護給付明細書、主治医意見書及び介護認定調査票等を提供すること並びに損害保険会社等から業務に関して必要な情報の提供を受け、利用することを同意する。
- 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 第三者から金品を受けた時は、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ること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

⑩

_____ 市町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

注) 被害者が未成年の場合は、親権者の記名・捺印が必要です。

誓約書

平成・令和 年 月 日に発生した不法行為（交通事故）に起因して、貴（市・町・村・国保組合・後期高齢者医療広域連合）の国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の被保険者_____様が受けた保険給付、医療給付及び介護給付は、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、医療給付及び介護給付額確定時に、私が負担すべき損害賠償金を貴職に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険、後期高齢者医療及び介護保険の給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和 年 月 日

_____市町村長・国保組合理事長
奈良県後期高齢者医療広域連合長 殿

誓約者（加害運転者） 住 所
・加害運転者が未成年の場合は、 氏 名 ⑩
親権者が誓約下さい

任意保険会社又は保証人 住 所
・任意保険会社がない場合は 氏 名 ⑩
生計を一にしない者を1名
連帯保証人として立てて下さい

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。)

理由 ※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。	<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 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。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>		
◆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	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、人身事故の事実には相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () ※該当する項目に ○印をしてください。	住 所 〒 _____ 記入日 年 月 日 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 () _____		

(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□のすべてにレする。

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、人身事故の事実には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: _____ 年 月 日 】