

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号	保険者名 飯塚市		
	保険者の住所(届出先)	〒 820-8501 福岡県飯塚市新立岩5番5号			
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主氏名	ふりがな 氏 名 印			
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
	備考				
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名	男性 / 女性	歳	
	住所 / 電話	〒	TEL ()		
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険 (加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号		
任意保険 (加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()		
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名	E-mail		
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	住 所	〒			
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号		
	任意対人一括の有無	有 / 無			
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無	

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

事故発生状況報告書

事故証明書番号	第 号	当事者	甲 (加害者)	氏名		
自動車の番号			乙 (被害者)	氏名	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(ある・ない)・道路の見通し(良い・悪い) 中央車線(ある・ない)・道路の状態(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)					
信号又は標識	信号(ある・ない)・自車側信号(青・赤・黄)・相手方信号(青・赤・黄) 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)
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入して下さい。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入して下さい。)					
	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">自 車(乙) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">相手車(甲) </div> <div style="display: flex; align-items: center;">進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">人 </div> <div style="display: flex; align-items: center;">自 転 車 ハ イ ク </div> </div>					
事故発生 の状況 (経緯)						
被害者の 負傷 状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他()				
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>				
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()				
	労災特別加入※	(被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無				
上記内容に間違いありません。 年 月 日 届出者(被保険者): 印						

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰って下さい。※社長、役員等の経営者が加入する労災保険

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

届出者（被保険者）

住所

氏名

（印）

（注1）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

【相手者提出用】

同 意 書

年 月 日 (場所: _____)
において、私 (_____) の不法行為により被保険者
(_____) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保
険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償
保障法第15条の請求に優先して 飯 塚 市 に支払われることに
異議なく同意します。

年 月 日

相 手 者

住所 _____

氏名 _____ 印

運行供用者

住所 (所在地) _____

氏名 (事業所名) _____ 印

(代表者名) _____

飯 塚 市 長 殿

誓 約 書 (相 手 者 側)

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私 () の不法行為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保険者に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者 (市町村等) に申し出て、了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため _____ 保険会社 (農業協同組合) に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険 (共済) から保険者 (飯 塚 市) が、医療給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

飯 塚 市 長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓 約 者 と の 関 係	
被 保 険 者	住 所			
	氏 名			

(注) 誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	年 月 日		
被保険者氏名		相手者 (第三者) 氏名	
事故発生場所			

(確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、飯塚市重度障がい者医療費の支給に関する条例第 10 条の規定によって 飯塚市 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（以下「求償事務」という。）。
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、飯塚市重度障がい者医療費の支給に関する条例第 10 条の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して 飯塚市 に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、飯塚市 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（飯塚市重度障がい者医療費の支給に関する条例第 10 条）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
 - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
 - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が飯塚市重度障がい者医療費の支給に関する条例第 10 条による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず 飯塚市 に申し出ること。
 - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 飯塚市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

親権者

印

飯塚市長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	年 月 日		
被保険者氏名		相手者 (第三者) 氏名	
事故発生場所			

(確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、飯塚市子ども医療費の支給に関する条例第 10 条の規定によって 飯塚市 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（以下「求償事務」という。）。
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、飯塚市子ども医療費の支給に関する条例第 10 条の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して 飯塚市 に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、飯塚市 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（飯塚市子ども医療費の支給に関する条例第 10 条）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
 - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
 - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が飯塚市子ども医療費の支給に関する条例第 10 条による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず 飯塚市 に申し出ること。
 - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 飯塚市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

親権者

印

飯塚市長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	年 月 日		
被保険者氏名		相手者 (第三者) 氏名	
事故発生場所			

(確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、飯塚市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第 10 条の規定によって 飯塚市 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（以下「求償事務」という。）。
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、飯塚市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第 10 条の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して 飯塚市 に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、飯塚市 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（飯塚市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第 10 条）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
 - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
 - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

(遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が飯塚市ひとり親家庭等医療費の支給に関する条例第 10 条による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず 飯塚市 に申し出ること。
 - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって 飯塚市 にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
 - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

親権者 _____ 印

飯塚市長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

飯塚市医療費助成「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」の
損害賠償請求権に関する委任状

事故発生年月日	年 月 日		
被害者名		相手者（第三者）名	
事故発生場所			

上記事故に関して、私は相手者（保険会社等を含む。）に対して有する損害賠償請求権のうち、飯塚市が医療費助成を行った「重度障がい者医療・子ども医療・ひとり親家庭等医療」については、飯塚市が相手者に対する損害賠償請求権を代位取得し、「重度障がい者医療費・子ども医療費・ひとり親家庭等医療費」の請求と受領及び復代理を選任する権限（飯塚市が請求事務を福岡県国民健康保険団体連合会に委託すること）を飯塚市に委任します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

親権者

印

飯 塚 市 長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される
場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時				
発生場所				
加害者 (甲)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態			
被害者 (乙)	住所			
	氏名		生年月日	
	車種		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
	事故時の状態			
甲・乙 以外の 当事者	住所			
	氏名		車両番号	
	自賠責保険契約先		自賠責証明書番号	
交通事故証明書を入手できない理由				

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実に相違ありません。
年 月 日

(甲) 住所
 氏名 印 電話() -

上記事故を目撃しました。

目撃者 住所
 氏名 印 電話() -
年 月 日