

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名 飯塚市
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏名 〒		生年月日 年 月 日 TEL ()
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		氏名 〒		TEL ()
(被 害 者) 加 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>		届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ()
	住所 / 電話		氏名 〒		TEL ()
(第 三 者) 加 害 者	氏名		ふりがな 氏名 〒		TEL ()
	住所 / 電話		氏名 〒		TEL ()
	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
事 故 発 生 状 況	事故発生場所				
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)		
			<input type="checkbox"/>		
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 ふりがな 氏名		
	登録番号 / 車台番号		登録番号 車台番号		
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 担当部署		
	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 第 号
	任意対人一括の有無		有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		保険会社名 担当部署 担当者氏名 TEL ()	
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名 〒		入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
	住所 / 電話番号 <small>※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。</small>		② 診療機関名 〒		入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
			③ 診療機関名 〒		入院 有 / 無 治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL ()
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/>	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、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ご記入ください。

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。

甲 (相手者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	{ 甲車 甲車以外
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)				
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側 (m) 甲車以外の車側 (m)			
信号又は標識	信号 (有・無) 一時停止標識 (有・無) その他標識 ()						
事故現場における自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい) <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 自動車 甲  乙  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 オートバイ  </div>						
	上記図の説明を書いて下さい	_____ _____ _____ _____ _____					

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	住所	氏名 (電話)	

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
 乙との関係 ()

署名または
 記名・押印
 氏 名 _____

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 style="text-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	<p style="text-align: center;">警察 担当官 (判明している場合)</p>	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、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。

<p>◆ 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。</p>	
<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 _____</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 】

○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	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	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	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	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	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。

念書（兼同意書）

事故発生日			
受給者氏名		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、「重度障がい者医療、子ども医療、ひとり親家庭等医療」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、「重度障がい者医療、子ども医療、ひとり親家庭等医療」の支給に関する条例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の資料として、診療報酬明細書等の写しを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、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、情報を受けること。

（遵守事項）

3 上記事故に関して、私が「重度障がい者、子ども、ひとり親家庭等」の支給を受けるにあたり、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、遅滞なく飯塚市に届けること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名（本人）

署名または記名・押印

親権者

署名または記名・押印

飯塚市長 殿

（注）受給者が未成年者・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			
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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

署名または記名・押印

親権者

署名または記名・押印

飯塚 市 町 村 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。