第三者行為による傷病届　（交通事故以外用）
（事故発生状況報告書）

被害者	被保険者証記号番号	４９－〇〇・〇〇〇〇	種別	一般　退職本人　退職被扶養	
	氏　名	被保険者の氏名 （事故原因、過失の大小に関わらず、被保険者が被害者、相手が加害者になります。）	〇年〇月〇日	世帯主との続柄	本人
加害者	氏　名	相手の氏名	●年●月●日		
	住　所	あきる野市▲▲●丁目●番地	電話	●●●（●●●）●●●●	
	職　業				
	加害者が不明のとき （理由・状況を詳しく）	【例】居酒屋で飲んだ帰りに歩いていたところ、若い男に絡まれ、いきなり殴られた。相手はそのまま逃げてしまい、目撃者もいなかったため分からない。現在、警察で捜査中である。			
事故の状況	発生年月日	〇　年　〇　月　〇　日　午前／午後　〇　時　〇　分頃			
	発生場所	事故地の住所や施設名、目印（〇〇スーパーの南側路上など）などを記入。			
	発病の原因又は負傷時の状況	事故の原因や状況について、簡潔に記入してください。また、警察への届出状況、加害者との治療費に関する話し合いの状況などについても記入してください。 【例】 公園で友人と談笑していたところ、近所の住人がうるさいと怒鳴ってきた。友人と口論となったため止めに入ったところ、いきなり殴られてしまった。友人が 110 番通報し、すぐに警官が駆けつけた。加害者は酒に酔っていたようで、殴ったことを反省しており、治療費については加害者が負担する旨、約束している。			
被害の状況	疾病又は負傷の程度	主な怪我の部位及び状況を記入。 【例】 頭部打撲、頚椎捻挫、右肩脱臼、右半身打撲、左大腿骨骨折、肋骨骨折、肺挫傷　など	初診年月日 国保診療 診療見込期間	**医療機関の初診日のほか、診療見込期間等が分かっている場合には記入してください。** 月間	
診療を受けた医療機関の名称		**診療を受けた(予定や整骨院等の受診も含む。)医療機関も名称等を記入してください。複数箇所ある場合は、可能な限り記入してください。** TEL　（　　）			
備　考		示談等の交渉状況（示談成立の有無や今後の見通し）など、上記のほかに参考になるようなことがあれば記入してください。 （示談が成立しているような場合は、示談書の写しを提出してください。）			

上記のとおりお届けします。

年　　月　　日

世帯主　住　所　あきる野市△△〇丁目〇番地　ＡＢＣハイム１０１

氏　名　世帯主の氏名

電　話　〇〇〇　（〇〇〇）〇〇〇〇

あきる野市長　殿

あきる野市　　御中

同　意　書

私が加害者　（　相手の氏名　）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。

〇　年　　〇　月　　〇　日

届出者（被保険者）
住所　あきる野市△△〇丁目〇番地　ＡＢＣハイム１０１
氏名　被保険者の氏名
（自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください）

（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。

誓　約　書　（加害者側）

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（交通事故、傷害事件）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します。

１．保険給付確定時に過失割合に応じて損害賠償金（国民健康保険給付分）を貴職に支払いをすること。

２．上記１の支払いに充てるため傷害事件の場合は空白保険株式会社（共済農業組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと

年　　月　　日

基本的には、加害者本人になります。

誓約者

住　所

氏　名　　㊞

電　話　　（　　）

あきる野市長　殿

記

事故発生年月日		○　年　　○　月　　○　日		
事故発生場所		事故地の住所や施設名などを記入 【例】あきる野市秋川○－○－○、△△市△△公園駐車場内（住所不明の時など）		
被害者	住　所	あきる野市△△○丁目○番地　ＡＢＣハイム１０１		
	氏　名	被保険者の氏名 （事故原因、過失の大小に関わらず、被保険者が被害者、相手が加害者になります。）		
保有者	住　所	空欄		
	氏　名	空欄		
加害者	住　所	あきる野市▲▲●丁目●番地		
	氏　名	相手の氏名		
※加害者と誓約者との関係		誓約者と加害者が異なる場合、関係を記入	自賠責（共済）証明書番号	傷害事件の場合は空白

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。