

第三者行為による被害届

記載例

被 保 険 者 (受 給 者)	保険種別	国保一般・退職本人・退職家族・後期高齢者・介護		
	証記号		証番号	被保険者番号 12345678
氏 名	フリガナ	コウイキ ハナコ		生年月日 昭和12年3月4日生
	広域 花子			
住 所	〒 730 - 8626	広島県広島市中区東白島町19番49号 (電話) 082 - 502 - 3030		
第 三 者	氏 名	フリガナ ヒロシマ タロウ	勤務先 (株)●●産業 (電話) 082 - 222 - 0000	生年月日 昭和21年1月1日生
	住 所	〒 730 - 0011		
自 賠 責	有・無	有	広島海上火災保険	証明書番号 HB053-222
	契約者 氏名	広島 太郎	住所	同上
任 意	有・無	有	広域海上火災保険	証券番号 Y55556666
	所有者 氏名	広島 太郎	住所	同上
車 検 証	所有者 氏名	広島 太郎	住所	同上
	使用者 氏名		住所	
事 故 概 要	届出 場所	広島中央警察署	日時 令和2年1月5日	午前 午後
	場所	広島市中区国泰寺町一丁目1-1		
診 療	病院名	広島整形外科病院	初診日	令和2年4月1日
			国保等診療開始日	年 月 日
			初診日	年 月 日
			国保等診療開始日	年 月 日
			初診日	年 月 日
			国保等診療開始日	年 月 日
上記のとおり、届け出ます。		令和2年5月5日	〒730-8626	
広島県後期高齢者医療広域連合長		様	住所 広島県広島市中区東白島町19番49号	
		被保険者	氏名	広域 花子

- (注) 1. この届は、国民健康保険の被保険者、後期高齢者医療の被保険者又は介護保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
2. 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
3. 後日調査の必要上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。

記載例

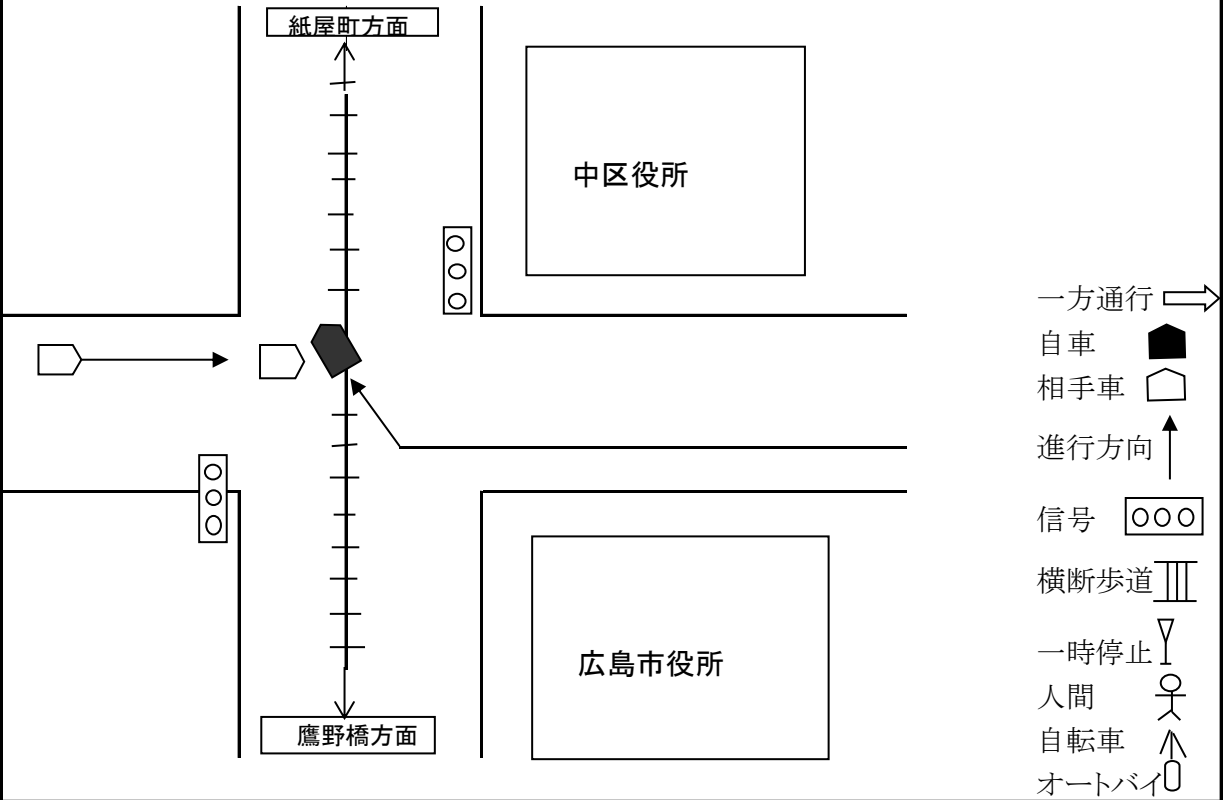
甲(第三者)の自賠償保険の証明書番号です

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第 HB053-222 号	当事者	甲(第三者)	氏名 広島 太郎 (電話) 082 - 222 - 0000
自動車の番号	広55え2635		乙(被害者)	氏名 広域 花子 (電話) 082 - 502 - 3030
天気	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪・ <input type="checkbox"/> 霧	交通状況	混雑・普通・ <input checked="" type="checkbox"/> 閑散	
明	暗	昼間・夜間	<input checked="" type="checkbox"/> 明け方・ <input type="checkbox"/> 夕方	
道路状況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 <input checked="" type="checkbox"/> 両・ <input type="checkbox"/> 方	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・ <input type="checkbox"/> カーブ
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦・ <input type="checkbox"/> 坂	見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪路・凍結路	
信号又は標識	<input checked="" type="checkbox"/> 信号ある(点灯状態を記入する) 青 ない			その他の標識
速度	甲車両 100 km/h(速度制限 40 km/h), 乙車両 10 km/h(速度制限 40 km/h)			

事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)

事故現場に於ける自動車と被害者の状況を図示して下さい



上記図の説明を書いて下さい

午前5時頃、車の往来がほとんどない状況で、私が一旦停止して右折しようとしたら、甲車が猛スピード(100km/h)で直進してきたため、私の車の側面に衝突し、事故となった。

事故状況について、詳しく必ず記入して下さい

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告します。

令和 2 年 5 月 5 日 ← **記入した日付**

報告者

甲との関係()

乙との関係(**本人**)

広域 花子

印

記載例

念書

事故発生日 令和2年1月5日 (事故発生場所 広島市中区国泰寺町一丁目1-1)
相手方 広島太郎 (本人 広域花子)
において (広島太郎) の不法行為により (広域花子) の被った
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保険給付を受けた
場合は、私が第三者に対して有する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。

また、貴連合が保険給付の損害賠償金の請求上必要とする範囲で、この交通
事故に係る診療報酬明細書の写し及び届け出た書類の写しを利用又は提供する
ことに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し
出ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三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。

記入した日付

令和2年5月5日

住所 広島市中区東白島町19番49号

氏名 広域花子



広島県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者の住所・氏名を記入し
てください。
被保険者が死亡している場合
は、相続人が記入して下さい。

記載例

※ 加害者(相手)が記入します。

誓約書

貴連合の後期高齢者医療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)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 医療給付額確定時に損害賠償金を貴連合に支払いすること。
- 2 貴連合の書面承諾なしに示談したときは後期高齢者医療給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 高額療養費(償還分)の求償があった場合は求償に応じます。

記入した日付

令和 2 年 5 月 5 日

誓約者 住所 広島市中区基町一丁目1番1号

氏名 広島太郎 (印)

誓約者の自動車の任意保険会社でもかまいません。

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ (印)

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

自賠責保険の証明書番号

記

保有者	住所	同上		
	氏名	同上	証明書番号	HB053-222
第三者 (運転者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所	広島市中区東白島町19番49号		
	氏名	広域 花子		

(注) 連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※印欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

個人が連帯保証人となる場合は印鑑証明が必要です。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

記載例

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>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 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 checked="" 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> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】・親族間の事故のため ・双方の話し合いのため など</p> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</p>
<p>◆ 警察へ、事故発生へ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>広島中央 警察 担当官</p> <p>(判明している場合)</p>
届出年月日	令和 2年 1 月 5 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 checked="" 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	<p>住所 〒730-0011 記入日令和 2年5月5日</p> <p style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">広島市中区基町一丁目1番1号</p> <p>氏名 広島 太郎 (印)</p> <p>電話 (082) 222-0000</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□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:平成 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		令和2年1月5日 午前 午後 5時00分頃 天候 晴れ		
発 生 場 所		広島市中区国泰寺町一丁目1番1号		
甲	住 所	広島市中区基町一丁目1番1号 電話 (082) 222-0000		
	氏 名	広島 太郎 (第三者の名前)	生 年 月 日	昭和21年1月1日(73)才
	自賠償保 険契約先	広島海上火災	自賠償保 険証 明書番号	第 HB053-222 号
	登録番号	広島55え2635	事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住 所	広島市中区東白島町19番49号 電話 (082) 502-3030		
	氏 名	広域 花子 (被保険者の名前)	生 年 月 日	昭和12年3月4日(82)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。