

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号										
被 保 險 者 (被 害 者)	フリガナ				生年月日	明治 大正 昭和			年 月 日 (歳)	
	氏名				性 別	男・女	職業			
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃								
	発 生 場 所									
	事 故 原 因 と 状 況									
	警 察 署 へ の 届	届出済・未届	届出所轄署							警察署
	心 身 の 状 況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()							
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()								
第 三 者 (加 害 者) 関 係	加 害 運 転 者	住 所								
		フリガナ 氏 名	性別	男・女	年齢	歳	職業			
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()								
	保 有 者 使用主	住 所 (所 在 地)								
名 称										
代 表 者										
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()								

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社等の 名 称			共済 証明書番号 保険			
	共済 保 険 契 約 者	住 所					
		フリガナ 氏 名			共済 期間 保険	自 至	年 月 日 年 月 日
	加 害 自 動 車		車種		車両番号		車台 番号
共済 任意 保険 (対人)の有無		有 【 保険株式(相互)会社・農業協同組合 】 ・ 無					
治 療 関 係	保 險 給 付 の 開 始 日		後期高齢者医療による診療 年 月 日からしている				
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称						
	診 療 の 期 間 (見込期間)		年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで		
示 談	示談が成立した (年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定 (月ごろ) ・ 裁判の見込						
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合		名 目	金 額 又 は 品 名	受 領 年 月 日			

注 1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 念書 1 部
- 誓約書 1 部
- 交通事故証明書 (自動車安全運転センター発行のもの。) 1 部
- 事故発生状況報告書 1 部
- 示談書の写し (示談書が作成されている場合のみ。) 1 部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと (第三者関係など) があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	課 係	担当者 () 電話 ()
-------	-----	-------------------

念 書

年 月 日 _____ において
_____ の不法行為により _____ の被った
保険事故について後期高齢者医療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項の規定によって千葉県後期高齢者医療広域連合が後期高齢者医療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。

なお、あわせてつぎ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。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、取得、利用、または提供することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

千葉県後期高齢者医療広域連合長

誓 約 書 (交通事故)

千葉県後期高齢者医療広域連合の下記被保険者が受けた後期高齢者医療給付は、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 後期高齢者医療給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、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 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社（農業協同組合）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、後期高齢者医療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行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住 所

氏 名

Ⓜ

保証人 住 所

氏 名

Ⓜ

千葉県後期高齢者医療広域連合長

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※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。

事故発生状況報告書 (交通事故)

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 加害者 (第三者)	氏名		乙 被害者 (被保険者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	甲 車 甲車以外 の車																																																																																
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 していない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ																																																																																		
	平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路																																																																																			
信号又は標識	信号	ある ない	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)																																																																																	
事故発生状況を図示してください。	事故発生状況略図 (道路巾をmで記入してください。)																																																																																						
	<table border="1" style="width: 100%; height: 300px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td><td style="width: 10%;"> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																																						
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																																																																																							
オートバイ																																																																																							
上記図の説明を 書いて下さい。																																																																																							

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : 印

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 solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【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 solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【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	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。

<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 _____ (印)</p> <p>電 話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（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。