

第三者行為に係る提出書類について

○被害者が提出するもの

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | 第三者の行為による被害届（正本） | 1部 |
| 2 | 事故発生状況報告書（正本）
「可能であれば住宅地図の写しを添付してください。」 | 1部 |
| 3 | 交通事故証明書（正本）
（又は人身事故証明書入手不能理由書（正本）） | 1部 |
| 4 | 念書（正本） | 2部 |

「示談が成立している場合」

- | | | |
|---|---------|----|
| 5 | 示談書（写し） | 1部 |
|---|---------|----|

○加害者が提出するもの

- | | | |
|---|---------|----|
| 1 | 誓約書（正本） | 2部 |
|---|---------|----|

※提出部数について

念書及び誓約書は、正本を2部提出してください。
その他の書類は、1部提出してください。

ご不明な点は、下記まで問い合わせ願います。

〒9858531 多賀城市中央二丁目1番1号

多賀城市保健福祉部国保年金課









電話 022-368-1141（内線126）

様式第17号（第23条関係）

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号	み多 A	被保険者名 (生年月日)	年 月 日生	世帯主 との続柄	
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時	年 月 日			午前 午後	時 分	ころ
負傷の場所						
発病の原因 又は負傷時の 状況						
疾病又は 負傷の程度	国保による 診療		治ゆまで の見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円	
療養を受けた 療養取扱機関 名	当初		転移後			
損害賠償に関 する交渉の 経過						
<p>国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおり届け出します。</p> <p>年 月 日</p> <p>多賀城市長 殿</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 氏 名 ⑩ 電話番号</p>						
<p>注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。</p> <p>2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、<u>示談が成立したときは示談書の写しを添付してください。</u></p> <p>3 後日調査の必要上関係者の電話番号はできるだけ記入してください。</p>						

事 故 発 生 状 況 報 告 書

甲 (加害運転者)	(電話)	乙 (被害者)	(電話)	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
道路状況	舗装 している 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
標 識	駐停車禁止	されている されていない	その他	
速 度	甲車	k m/h (制限速度	k m/h)	乙車
				k m/h (制限速度
				k m/h)
事故現場に於ける自動車と被害者の 状況を图示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)			甲 車  乙 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車 >  オートバイ > 
	上記図の説明を 書いてください。			

甲者以外の車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の番号		運 転 者	氏名 電話
保 有 者	〒 住所		氏名 電話

別紙事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()



念 書

私が下記交通事故で被った保険事故について、_____による保険給付を受けた時は、_____の規定により、保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 本件保険事故に関して保険給付をしたことを証明するもの（診療報酬明細書等）の写しを宮城県国民健康保険団体連合会が保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に提供すること。
- 2 本件保険事故により受診した保険医療機関等及び保険会社等から宮城県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況及び診断書等の情報の提供を受けること。
- 3 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること。
- 4 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 加害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、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 6 この念書をもって上記2の事項に対応する保険医療機関等及び保険会社等への同意を含むこと。
- 7 この念書を保険医療機関等及び保険会社等へ提示すること。

	平成 年 月 日
住所	
氏名	Ⓜ

多賀城市長 殿

記

事故発生年月日	平成 年 月 日		
事故発生場所			
加 害 者 (運 転 者)	住所		
	氏名		
被 害 者 (被 保 険 者)	住所	※	
	氏名	※	誓約者との関係 ※

(注) ※印欄は誓約者と被害者（被保険者）が異なる場合のみ記入してください。

誓 約 書

貴殿の _____ 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)に基づくものですから、次の事項を順守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 貴殿が支払った保険給付費の給付額確定時に、その請求に従って遅滞なく支払います。
- 2 示談は、前もって貴殿の書面承諾を得てから行います。
- 3 貴殿の承諾を得ないで行った示談が、誓約事項に違背することがあっても、誓約書の無効は主張いたしません。この示談による一切の責任は私にありますから、貴殿の指示に忠実に従い義務を履行いたします。
- 4 上記1の支払いに充てるため _____ 保険会社(農協共済等)に対して有する自動車損害賠償責任保険から受ける保険金のうち、保険給付額を限度として貴殿の優先受領権を認めます。

平成 年 月 日

誓 約 者	住所	
	氏名	㊟
連帯保証人	住所	
	氏名	㊟

多賀城市長 殿

記

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 害 者 (被 保 険 者)	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と相手者(運転者)が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

保 険 会 社 御 中

当 事 者	運 転 者 (甲)	住 所	電 話			
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日	(才)	
		自賠責保険契約 先	自賠責保険証明書番号		第 号	
		登 録 番 号	車 台 番 号			
	被 害 者 (乙)	住 所	電 話			
		氏 名	生 年 月 日	年 月 日	(才)	
		自賠責保険契約 先	自賠責保険証明書番号		第 号	
		登 録 ・ 車 両 番 号	事 故 時 の 状 態	運 転 ・ 同 乗 (甲 ・ 乙) ・ 歩 行 者 ・ そ の 他		
発 生 年 月 日 時		年 月 日	午 前 時 分 頃 午 後	天 候		
発 生 場 所		に お い て				
届 出 警 察		警 察 担 当 官 :	届 出 年 月 日	年 月 日		
人身事故証明書 入手不能理由						

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。

年 月 日

運転者 (甲) 住所 _____
 被害者 (乙) _____
 その他 () 氏名 _____ 電話 () _____

(注) 当該自認欄は、被害者請求 (法第 16 条請求) の場合には、原則運転者 (甲) 側の方がご記入ください。

加害者請求 (法第 15 条請求) の場合には、原則被害者 (乙) 側をご記入ください。

(保険会社使用欄)

年 月 日

本理由書および損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。
 損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。(別紙参照)
 その他 ()

責任者	担当者

その2 (被害者が複数の場合に記入願います。)

人身事故証明書入手不能理由書

保 險 会 社 御 中

発生年月日時		年	月	日	午前 午後	時	分頃	天候	
当 事 者	被害者 (丙)	住 所	電 話						
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
		自賠責保険契約 先			自賠責保険証明書番号			第 号	
		登録・車両番号			事故時の状態	運転・同乗 (甲・乙)・歩行者・その他			
	被害者 (丁)	住 所	電 話						
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
		自賠責保険契約 先			自賠責保険証明書番号			第 号	
		登録・車両番号			事故時の状態	運転・同乗 (甲・乙)・歩行者・その他			
	被害者 (戊)	住 所	電 話						
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
		自賠責保険契約 先			自賠責保険証明書番号			第 号	
		登録・車両番号			事故時の状態	運転・同乗 (甲・乙)・歩行者・その他			
	被害者 (己)	住 所	電 話						
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
		自賠責保険契約 先			自賠責保険証明書番号			第 号	
		登録・車両番号			事故時の状態	運転・同乗 (甲・乙)・歩行者・その他			
	被害者 (庚)	住 所	電 話						
		氏 名			生 年 月 日	年 月 日 (才)			
		自賠責保険契約 先			自賠責保険証明書番号			第 号	
		登録・車両番号			事故時の状態	運転・同乗 (甲・乙)・歩行者・その他			

第三者行為基本調査書（交通事故）

委任者名	
------	--

事故発生年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分 頃					
事故発生場所						
被害者	住所	〒				
	フリガナ	男 才				
	氏名	女 才				
	職業		TEL			
保有者 (加害者)	住所	〒				
	氏名		契約者との関係	TEL		
運転者 (加害者)	住所	〒				
	氏名	男 才 女				
	保有者との関係		TEL			
自賠責保険関係	有・無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農業協同組合 支店			
		証明書番号	第 号			
	保険契約者	住所				
		氏名		TEL		
	加害自動車	種別		県別		
		登録番号又は車両番号		車台番号		
	保険期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日				
未請求	月頃請求する予定	請求済 仮渡 内払	円 円	本請求済	平成 年 月 日頃	
任意保険対人	有・無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農業協同組合 支店			
		証券番号	第 号	担当者名		
	保険契約者	住所				
		氏名		TEL		
保険期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日					
保険医療機関等		国保等による診療	平成 年 月 日			
示談内容	成立 年 月 日、未成立、交渉中 (年 月 現在)					
摘要欄	高額療養費の支給 有・無					
	高額介護サービスの支給 有・無					