

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 9A123456	被保険者名 (生年月日)	国保 太郎 S 年 月 日生	世帯主 との続柄	本人
加害者	住所	町	氏名	宮城 健康 S 年 月 日生	職業	会社員 電話222-0000
加害者の 使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時	平成 年 月 日 午前 9時30分ころ 午後					
負傷の場所	多賀城市八幡 丁目 番号					
発病の原因 又は負傷時の 状況	市道 線を走行時、一時停止をせずに通過しようとする自動車に側面衝突された					
疾病又は	左肋骨骨折、顔面挫傷		治ゆまで の見込み	入院 通院 不明	診療費総額	日 日 円
負傷の程度	国保による 診療	平成 年 月 日から している、していない				
療養を受けた 療養取扱機関 名	当初	病院		転移後		
損害賠償に関 する交渉の 経過	交渉中					
<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>平成 年 月 日</p> <p>多賀城市長 殿</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 多賀城市中央 丁目 番号 氏名 国保 太郎 印 電話番号 368 -</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 月 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、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。</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)	宮城 健康 (電話) 222-	乙 (被害者)	国保 太郎 (電話) 368-	(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 40 km/h(制限速度 40 km/h) 乙車 50 km/h(制限速度 50 km/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) <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> </div>			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。	甲が一時停止をせずに交差点を通過しようとしたところ、仙台方面から走行してきた乙車の側面に衝突負傷させた。			

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 (本人) 宮城 健康
 乙との関係 (妻) 国保 一子

印

念 書

私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた時は、国民健康保険法第64条第1項の規定により、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)をまれなく、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	多賀城市中央 丁目 番号
氏名	国保 太郎 印

市 町 村 長
国保組合理事長 殿

記

事故発生年月日	平成 年 月 日		
事故発生場所	多賀城市八幡 丁目 番号		
加 害 者 (運 転 者)	住所	町	
	氏名	宮城 健康	
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。

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 <input checked="" type="radio"/> 午前 午後 9 時 30 分 頃					
事故発生場所	多賀城市八幡 丁目 番号					
被害者	住所	〒9850085 多賀城市中央 丁目 番号				
	フリガナ	コクホ タロウ		<input checked="" type="radio"/> 男		
	氏名	国保 太郎		女	才	
	職業	会社員	TEL	3 6 8 -		
保有者 (加害者)	住所	〒000-0000 町				
	氏名	宮城 健康	契約者との関係	本人	TEL 2 2 2 -	
運転者 (加害者)	住所	〒000-0000 町				
	氏名	宮城 健康	<input checked="" type="radio"/> 男	女	才	
	保有者との関係	本人	TEL	2 2 2 -		
自賠責保険関係	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	保険会社名	保険会社		保険会社 仙台 支店	
		農協組合名	農業協同組合			
		証明書番号	第 1 1 1 1 - 1 1 1 1 1 号			
	保険契約者	住所	町			
		氏名	宮城 健康	TEL	2 2 2 -	
	加害自動車	種別	乗用車	県別	宮城	
		登録番号又は車両番号	宮城 い	車台番号	A -	
保険期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日					
未請求	請求済	本請求済	平成 年 月 日頃			
	月頃請求する予定	仮渡内払	円	円		
任意保険対人	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	保険会社名	保険会社		保険会社 仙台 支店	
		農協組合名	農業協同組合			
		証券番号	第 2 2 2 - 2 2 2 2 2 号	担当者名		
	保険契約者	住所	町			
氏名		宮城 健康	TEL	2 2 2 -		
保険期間	自 平成 年 月 日 ~ 至 平成 年 月 日					
保険医療機関等	病院		国保等による診療	平成 年 月 日		
示談内容	成立 年 月 日、 <input checked="" type="radio"/> 未成立、交渉中(年 月 現在)					
摘要欄	高額療養費の支給		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			
	高額介護サービスの支給		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無			