記載例

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	国保　太郎		世帯主との続柄	本人
			個人番号	△△△△△△△△△△△△			
			生年月日	○○年○○月○○日			
加害者	住所	○○町○○○○○	氏名	宮城　健康 ○○年○月○日生	職業	会社員 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	多賀城市中央○丁目○番○号						
発病の原因又は負傷時の状況	市道○○線で信号待ちの際、後続車に追突された。						
疾病又は負傷の程度	むち打ち症、胸部打撲		治ゆまでの見込み	入院　日 通院　不明　日 診療費総額　円			
	国保による診療	○○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						

国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定により上記のとおり届け出します。

○○年○○月○○日

多賀城市長　殿

届出人（世帯主）　住所　多賀城市中央○丁目○番○号

氏名　国保　太郎

個人番号　△△△△△△△△△△△△

電話番号　○○○－○○○－○○○○

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。

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。

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。

４　病院の診断書を添付してください。

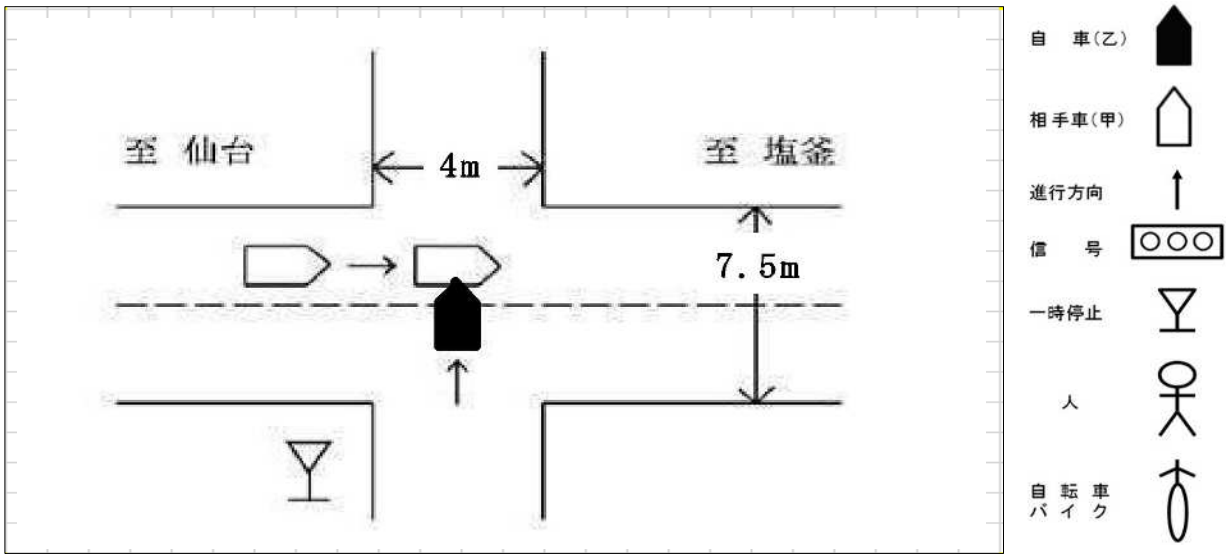
様式第２号

事　故　発　生　状　況　報　告　書

事故証明書番号	第　〇〇〇〇〇　号	当事者	甲（加害者）	氏名	宮城　健康		
自動車の登録番号	〇〇〇〇〇		乙（被害者）	氏名	国保　太郎	（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	（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：（ある）・ない）　・　道路の見通し：（良い）・悪い） 中央車線：（ある）・ない）　・　道路の状況：（直線・カーブ・（平坦）・坂・積雪路・凍結路）						
信号又は標識	信号：（ある）・ない）　・　自車側信号：（青）・赤・黄）　・　相手側信号：（青・赤・（黄） 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：　40　km/h（制限速度　40　km/h）　・　乙車両：　50　km/h（制限速度　50　km/h）						

事故現場状況図

（右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はｍで記入してください。）



事故発生の状況（経緯）

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。

被害者の負傷状況

日	□ 出勤日　□ 休日（定休日・休暇を含む）　□ その他（　　）
時間帯	□ 勤務時間中（パート・アルバイト含む）　□ 通勤途上　□ 出張中　□ 私用　□ その他（　　）
場所	□ 会社内　□ 道路上　□ 自宅　□ その他（　　）
労災特別加入※ ※社長、役員等の経営者が加入する労災保険	（被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入）　□ 加入有　□ 加入無

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

〇年　〇月　〇日

届出者（被保険者）　：
※未成年の場合は親権者等　　宮城　健康　　印

（注）本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

第三者行為による傷病届

項目			内容		
届出者（被保険者名等）	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号 ９Ａ１２３４５６	保険者名 多賀城市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな こくほ たろう 氏 名 国保 太郎		生年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
		住所 / 電話	〒 〇〇〇－〇〇〇〇 多賀城市中央〇丁目〇番〇号		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
被害者（受診者）	氏名 / 続柄 / 生年月日	届出者の情報と同じ場合はチェック ☑	ふりがな 氏 名	届出者との関係	生年月日 年 月 日
	住所 / 電話		〒		TEL ( )
加害者（第三者）	氏 名		ふりがな みやぎ けんこう 氏 名 宮城 健康		
	住所 / 電話		〒 〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇町〇〇〇〇		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
事故発生状況	事故発生日時		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	午前 / 午後 〇〇 時 〇〇 分頃	
	事故発生場所		多賀城市中央〇丁目〇番〇号		
	労災保険対象の確認		本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）		☑
自賠責保険（加害者）	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名 〇〇〇保険会社	ふりがな みやぎ けんこう 氏 名 宮城 健康	
	登録番号 / 車台番号		登録番号 宮城〇〇い〇〇〇〇	車台番号 Ａ〇〇〇－〇〇〇〇	
	保険期間 / 自賠責証明書番号		保険期間 年 月 日 ～ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 １１１１-１１１１１ 号
任意保険（加害者）	保険会社名 / 担当部署		保険会社名 〇〇〇〇〇損害保険会社	担当部署 〇〇〇	
	取扱店所在地 / 電話		〒 〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
	担当者名 / E-mail		ふりがな 〇〇 〇〇 氏 名 〇〇 〇〇		E-mail
	保険契約者名		ふりがな みやぎ けんこう 氏 名 宮城 健康		
	住所		〒 〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇町〇〇〇〇		
	保険期間 / 契約番号		保険期間 〇 年 〇 月 〇 日 ～ 〇 年 〇 月 〇 日		契約番号 第 ２２２－２２２２２ 号
	任意対人一括の有無		有 ／ 無		
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 ☑ 無 ☐	保険会社名 〇〇〇保険会社	担当部署 〇〇〇	
			担当者氏名 〇〇 〇〇		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。		① 診療機関名 〇〇〇病院	入院 有 / 無	治療開始日 〇 年 〇 月 〇 日 治療終了(見込) 〇 年 〇 月 〇 日
			〒 〇〇〇－〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇〇		TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
			② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
傷病届作成日 / 作成支援の有無			〇 年 〇 月 〇 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック	☑

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

様式第４－１号（国保用）

念　　書

私が被った下記の保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、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、貴殿が相手方（第１当事者）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）の写しを相手方及び損害保険会社（第１当事者が契約する自賠責保険・自動車保険（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損害保険会社等から貴殿または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並びに後遺障害認定に関する書類（後遺障害等級認定票及び別紙）等の情報の提供を受けること。
３　相手方及び損保会社等と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿に内容を申し出て承諾を得ること。
４　相手方及び損保会社等に白紙委任状を渡さないこと。
５　相手方及び損保会社等から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をすみやかに届け出ること。
６　症状固定の診断が出た場合は、すみやかに貴殿に報告すること。
７　相手方及び損害保険会社等との交渉上必要が生じた際に、この念書の写しを相手方に提供すること。

〇年　〇月　〇日

申立人（被保険者）
住所　**多賀城市中央〇丁目〇番〇号**
氏名　**国保　太郎**　　印

※署名又は記名・押印

多賀城市　　長　殿

事故発生年月日	〇年　〇月　〇日			
事故発生場所	**多賀城市八幡〇丁目〇番〇号**			
第一当事者（相手方）	住所	**〇〇町〇〇〇〇〇〇**		
	氏名	**宮城　健康**		
第二当事者（被保険者）	住所	＊		
	氏名	＊	申立人との関係	＊

（注）＊印欄は申立人と被保険者が異なる場合に記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇〇〇　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。）

理　由 ※　該当する項目に〇印をしてください。 ※　複数に該当する場合は、すべてに〇印をしてください。	○ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため ● 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 ○ 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 ○ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】 該当理由に〇をしてください（複数可）。 ○ その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】

◆　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。

届出警察	塩釜　警察　〇〇　担当官 （判明している場合）	届出年月日	〇〇年〇〇月〇〇日

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、裏面の事故当時者、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、関係者の署名もしくは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、人身事故の事実に相違ありません。

● 当事者 ○ 目撃者 ○ その他（　　） ※　該当する項目に〇印をしてください	住所 〒 １２３－４５６７　　記入日　〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 多賀城市中央２丁目１番１号 氏名　多賀城　太郎 電話　０２２　（３６８）　１１４１

(注)当欄は、賠償を求める側が、運転者、運転者など）の方、または合には、賠償を受けた側の方、

原則として加害者の署名または記名押印をもらってください。
被保険者が署名または記名押印する場合は、
余白に「加害者からの協力が得られなかったもの」と記載し、
その理由を別紙（様式自由）により記載願います。

（保険会社使用欄）　該当する□のすべてに✓する。

責任者	担当者

□ 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、人身事故の事実に相違ないことを確認しました。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
月　年　日	□病院 □目撃者（　）	□電話 □文書 □面談
月　年　日	□病院 □目撃者（　）	□電話 □文書 □面談
月　年　日	□病院 □目撃者（　）	□電話 □文書 □面談

◆　その他・特記事項

記入不要

【 事案情報　被害者名：　　事故日：　　年　　月　　日 】

〇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			〇年 〇月 〇日 午前 午後 ９ 時 ３０分頃 天候 雨		
発生場所			多賀城市八幡〇丁目〇番〇号		
当事者	甲	住所	〇〇町〇〇〇〇〇	電話	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇
		氏名	宮城　健康	生年月日	〇年〇月〇日〇才
		自賠責保険契約先	〇〇〇保険会社	自賠責保険証明書番号	第 〇〇〇〇 号
		登録番号	〇〇〇〇	事故時の状況	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
	乙	住所	多賀城市中央〇丁目〇番〇号	電話	〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇
		氏名	国保　太郎	生年月日	年 月 日 才
		自賠責保険契約先	△△△保険会社	自賠責保険証明書番号	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
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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。

様式第６－１号（国保用）

誓　　約　　書

国民健康保険の保険者である貴殿より下記被保険者が受けた当該保険事故に起因する保険給付については、保険事故の当事者として次の事項を遵守することを誓約いたします。

１　貴殿が本件事故に関して支払った保険給付額に基づく貴殿からの請求に対し、本件事故にかかる私の責任の割合に応じた額を遅滞なく支払います。

２　下記被保険者と示談を行う場合は、前もって貴殿にお知らせします。

３　約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ます。

〇年　〇月　〇日

誓約者　住所　〇〇町〇〇〇〇〇〇

氏名　宮城　健康　　印

※署名または記名・押印

多賀城市　長　　殿

事　故　日	〇年　〇月　〇日			
第一当事者（誓約者等）	住所	＊		
	氏名	＊	誓約者との関係	＊
第二当事者（被保険者）	住所	多賀城市中央〇丁目〇番〇号		
	氏名	国保　太郎		

〇第一当事者とは、本件事故に直接関係する方です。＊欄は誓約者と異なる場合に記入願います。