

こちらの届出では、怪我をされた方が被害者、その相手方が加害者となっております。
 この『被害者』『加害者』については、実際の過失とは関係がありません。
 交通事故証明書などを参考に記入してください。事故状況の図と説明は必ず記入してください。

事故発生状況報告書 (記入例)

保険証明書 番号	第AB1234-5678号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 国保 太郎 (電話) 048-000-0000
自動車 の番号	大宮 11 あ 2222	当事者	乙(被害者)	氏名 健康 まもる (電話) 0493-54-2222
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 (してある・していない) 歩道 (両・片) (ある・ない) 見通し (良い・悪い) 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) 駐停車禁止 (されている・されていない) その他標識 一時停止標識			
速度	甲車両 30 km/h (制限速度 30 km/h) 乙車両 40 km/h (制限速度 30 km/h)			
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。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい。) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>『図の描き方』 簡単な図で結構ですが、<u>進行方向の矢印</u>・<u>標識の有無</u>・<u>横断歩道の有無</u>などを、できるだけ詳しくご記入ください。</p> </div>			自 車 相手車 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下さい。	<p>信号の無い交差点で、私は一度停止し、左右を見てから交差点に進入したが、相手車に気づけなかったため、そのまま進行し、交差点内で衝突した。</p>			

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

吉見町へ届出をする日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 (**本人**)

氏名

健康 まもる

報告者は原則的に被害者本人(本人ができない場合は、事故状況がわかる方)にお願いします。

念 書（記入例）

事故発生場所の住所

令和 年 月 日 埼玉県さいたま市浦和区159-260において 国保 太郎の不法行為により 健康 まもる の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場合は、私に加害者に対して有する損害賠償請求権を国民健康保険法第64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。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 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ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 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。

令和 年 月 日

吉見町へ届出
をする日

住 所 埼玉県比企郡吉見町大字下細谷1111

氏 名 健康 まもる

(健康)

吉見町長

様

被保険者（未成年の場合は親権者）が署名・捺印

個人情報の取り扱いに関する同意書（記入例）

私は、国民健康保険法（以下「法」という。）第64条に基づく^(※1)第三者行為損害賠償求償事務（以下「求償事務」という。）における個人情報の収集・利用・提供・照会・調査に関し、次の事項について同意いたします。

- 1 吉見町 が、法第64条第3項に基づく求償事務の委託先である埼玉県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に対し、被保険者が被った交通事故に係る個人情報（以下「個人情報」という。）を提供すること。
- 2 連合会が次の業務を行うこと。
 - (1) 市町村又は国民健康保険組合（以下「保険者」という。）から提供された当該被保険者に関する個人情報を保有し、かつ利用すること。

また、同個人情報を、損害賠償金を請求するための添付書類として、加害者が加入する損害保険会社（自動車損害賠償責任保険等）に対し提供すること。
 - (2) 当該被保険者に関する^(※2)診療報酬明細書の内容について、その診察・治療等を行った医療機関（医師）等に対し、照会し、かつ回答を受けること。
 - (3) 損害賠償金を請求するために、当該被保険者に関する交通事故の詳細について、調査（刑事記録や実況見分調書の取り寄せ等）すること。
 - (4) 損害賠償金を請求するための事務処理の範囲内において、当該被保険者に関する必要な情報（後遺障害診断書等）を関係機関から収集すること。
 - (5) (2)、(3)及び(4)に基づいて収集した個人情報について、(1)に準じ取り扱うこと。

令和 年 月 日

吉見町へ届出
をする日付

以上

同意者（被保険者）

住所 **埼玉県比企郡吉見町大字下細谷1111**

・原則的に被保険者本人（未成年の場合は親権者の署名も併記してください）の署名捺印が必要です。

氏名 **健康 まもる**

健康

（親権者）

氏名

埼玉県比企郡吉見町

吉見町長 様

埼玉県国民健康保険団体連合会

理事長 様

- (※1)「第三者行為損害賠償求償事務」とは、国民健康保険の被保険者が交通事故により被った損害のうち、保険者が支払った医療費を、加害者が加入する損害保険会社（自動車損害賠償責任保険等）に対し請求することです。
- (※2)「被保険者が被った交通事故に係る個人情報」とは、①交通事故証明書、②事故発生状況報告書、③第三者の行為による被害届（写）、④念書、⑤診療報酬明細書（写）、などです。
- (※3)「診療報酬明細書」とは、保険医療機関や保険薬局が保険者へ医療費を請求するための請求書のことです。カルテから作成され、すべての保険診療の内容が記入されているものです。診療報酬明細書は、入院と外来の別に1ヶ月（暦月）に1枚作成され、保険者に提出されます。

誓約書（記入例）

貴 吉見町 の国民健康保険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。

- 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 貴殿の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
相手方自賠責保険会社
- 上記1の支払いに充てるため ○×保険株式会社 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、保険給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、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。
この誓約書に記入した日

誓約書は相手方に書いてもらう書類です。

相手方が提出しない場合は、その理由を空欄に記入して提出してください。
保証人になれるのは
・相手方の使用主
・相手方契約任意保険会社（対人賠償保険対応の時）
・相手方と生計の異なる者です。

令和 年 月 日

誓約者 住所 **埼玉県さいたま市大宮区 1111-1**

氏名 **国保太郎**



保証人 住所 **埼玉県さいたま市浦和区 333-33**

氏名 **山田康健**



吉見町 様

記

保有者	住所	埼玉県さいたま市大宮区 1111-1		
	氏名	国保太郎	証明書番号	AB1234-5678
運転者	住所	埼玉県さいたま市大宮区 1111-1		
	氏名	国保太郎	誓約者との関係	本人
被害者 (被保険者)	住所	埼玉県比企郡吉見町大字下細谷 1111		
	氏名	健康まもる		

自賠責保険
証明書番号

人身事故証明書入手不能理由書（記入例）

◇ここでの 被害者 とは、事故で怪我をした人で、実際の過失とは関係ありません。

御中

当 者 ・ 甲	運 転	住 所	埼玉県さいたま市大宮区1111-1		
		氏 名	国保 太郎	生年月日	1970年8月7日 41才
		自賠償保険 契 約 先	○×火災保険株式会社	自賠償保険 証明書番号	第 AB1234-5678 号
		登録番号	大宮11あ2222	車台番号	QW123456-7890
事 害 者 ・ 乙	被 害 者	住 所	埼玉県比企郡吉見町大字下細谷1111 電話 0493(54)2222		
		氏 名	健康 まもる	生年月日	1960年4月4日 51才
		自賠償保険 契 約 先	△△共済組合	自賠償保険 証明書番号	第 11-98745632 号
		登録 番号 車両	熊谷22い0000	事故時の 状 態	運転・同乗(甲・乙) 歩行・その他
事 故 発 生 日 時		平成28年4月1日 午前・午後 10時35分ころ 天候 晴れ			
事 故 発 生 場 所		埼玉県さいたま市浦和区159-2600 において			
届 出 警 察		浦和 警察 鈴木 担当官	届出年月日	28年4月1日	
人 身 事 故 証 明 書 入 手 不 能 理 由		例) 事故当初は痛みがなく人身事故の届けをしなかったが後で症状がでてきたため。怪我が軽かったので話合いの結果人身事故の届けをしなかった。等			

事故の相手方について記入してください

怪我をされた被保険者について記入してください

原則的に甲側の署名捺印が必要です。甲が署名捺印しない場合その理由を余白に書いて乙の署名捺印をしてください。理由の記入例▽乙の過失大きく、甲が署名捺印をしないため乙の署名となります。▽甲に記入拒否されたため乙の署名となります。▽甲と連絡を取れないため、乙の署名となります。等

◇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。

平成28年 4 月 15 日

住 所 埼玉県さいたま市大宮区1111-1

運転者 (甲)

被害者 (乙) 氏 名 国 保 太 郎

その他 怪我

()

電話 048 (000) 0000

(健康)

(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)側の方がご記入ください。

(保険会社使用欄)

年 月 日

- 本理由書及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

事故傷病届

受傷者	被保険者証 記号番号	記号	1234	番号	567891	
	被保険者氏名 (受傷者名)	百穴 国保			生年月日	1985 年 8 月 8 日 生
事故及び 負傷の 状況	受傷の日時 及び場所	令和 6 年 4 月 4 日 10 時 15 分頃 場所: 吉見町大字下細谷 0000				
	受傷原因 と状況 (どのようにして受 傷したのか、又は、 何が原因で事故を引 き起こしたのか具体 的に記入して下さい)	快晴の日のお昼過ぎ、道の駅に買い物でも行こうと見通しの良い片側1車線の道路を安全速度で走行中、左側から急にタヌキが飛び出してきたので、あわててハンドルをきったところガードレールに接触してしまった。(自損事故)				
	傷病名	頭部打撲、頸椎捻挫				
	病院名	① ○△◇病院 (入院 <input checked="" type="radio"/> 外来) 自 平成 24 年 4 月 4 日 治療中 至 平成 年 月 日				
	② (入院・外来) 自 平成 年 月 日 治療中 至 平成 年 月 日					
	③ _____ (入院・外来) 自 平成 年 月 日 治療中 至 平成 年 月 日					

自損事故の場合記入 (該当するものを○で囲んで ください)	警察への届出	<input checked="" type="radio"/> 届出済み (東松山 警察署) ・ 未届		
	違反点数の有無	あり(点) ・ <input checked="" type="radio"/> なし	罰金・反則金の有無	あり(円) ・ <input checked="" type="radio"/> なし

労災事故の場合記入 (該当するものを○で囲んで ください)	労災保険の有無	あり ・ <input checked="" type="radio"/> なし ・ 適用外(理由:)		
	勤務先 (労災保険「なし」の場合記入)	名称	代表者名	電話 ()

吉見町長	あて
上記のとおり届出します。	
令和 6 年 4 月 5 日	被保険者 住所 埼玉県比企郡吉見町大字下細谷 9999
	氏名 百穴 国保
	電話番号 0493-54-0000