第三者行為による傷病届

	項	目				内		容				נע	
被被	被保険者記号・	番号 / 保険者	被保险	険者記号・都 ● ● ● ●	号 ●●●			保険者名 大	府市				
届出者名	届出者情報 ※国民健康保険は	氏名 / 生年月	日 らりが 氏 名	8 8 8 2 2	たろう 太郎			•	••••••	生年月	日年●) 月	●日
19 名	世帯主、その他 は被保険者の 情報を記入	住所 / 電話	TT TT	大府	市中央町●	丁目●番	静地			TEL	• (••)•	•••
被受	氏名 / 続柄 /	生年月日 情報	者の ふりが と同 氏 名					届出者との	D関係	生年月	日年	月	日
害診者	住所 / 電話		ックーテ					I		TEL	()	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
加第	氏 名	<u> </u>	ふりが 氏 名	さょうわ	** ^{** -} 花子						.5%		
害三者	住所 / 電話		₹ ••	ブ	 大府市横根	打●丁目(●番地	•••••••		TEL	• (• •)•	
事故	事故発生日時			● 年	● 月	日		午前	午後	•	時	•	分頃
故発生状	事故発生場所			大府	市吉田町●	丁目●番	·····································	í					
状 況	労災保険対象	の確認	本	件は、労災 (※事故	保険の給付対 発生状況報告	象となる業 書・被害者	養務上又 新の負傷:	は通勤中の 状況欄で	の事故で 確認し、	ではあり チェッ	ません。 ・ク)	68	
自(賠加	保険会社名/	保険契約者名	保険会	^{会社名} 損保	オオブ保険			ふりがな 氏 名		_{きょうわ} 共和	たるう 太郎		
贈加 責害 保者	登録番号 / 車	巨台番号	登録者	番号 ● ●	••••			車台番号	名古	量な	••-	•	
険	保険期間 / 自	賠責証明書番号	保険		●月 ●日	ı ~	● 年	●月	●日	TOTAL PROPERTY OF	証明書番		号
	保険会社名 /	担当部署	保険会	^{会社名} 損保	オオブ保険			担当部署		ナービ	ス課		
任	取扱店所在地 / 電話		₹••	•-•••• ₇	大府市中央四	寸●丁目(●番地			TEL • •	•(•) (•••
意 保	担当者名 / E-	-mail	S. A	ふりがな _{もりおか じろう} 氏名 森岡 次郎				E-mail ●●●@ mail.co.jp					
険 加	保険契約者名			ふりがな _{きょうわ たろう} 氏 名 共和 太郎									
害者	住所												
	保険期間 / 契	契約番号	保険期	朝間 ● 年	●月 ● E	ı ~	● 年	●月	●日	契約番第 ●	号 ●●●)	号
	任意対人一括	の有無					有之	無					
	音加入の保険	関与の有無を チェックし、 「有」の場合	保険会	会社名 損保	キタサキ保	険		担当部署	サーロ	ビス課			
会社の)関与	は右欄を記入 有 ■ 無	担当社	者氏名 _{きたざ} 北嶋	き さぶろう 三郎		6. 1000.000	200 - 200 -		TEL	()	300
	診療機関名 / .	入院 / 治療期間	① 診	療機関名	病院		入 院 有 / 無	治療開始 治療終了		未定	年 ● 年	月月	● 日 日
	住所 / 電話番	号	Ī•••	<u>-</u>	大府市長草田	町●丁目	●番地			TEL.	• (••)•	
治 療	※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。			療機関名			入 院 有 / 無	治療開始 治療終了			年	月月	日日
状況							•••••••••			TEL	()	
			③ 診	療機関名			入 院 有 / 無	治療開始			年	月	日日
			Ŧ			I		L		TEL	()	
				•	年 ● 月 ●	日		書を損害保 支援を受け					

同 意 書

私が加害者 共和 花子 に対して有する損害賠償請求権は、法令 (注1) により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者 (注2) が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式 に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険 者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内 容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報 提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の 保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

● 年 ● 月 ● 日

受診者 (未成年の場合は親権者等)

住所 大府市中央町●丁目●番地 氏名 大府 太郎 (印)

※署名又は記名押印

(注1)各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険:健康保険法第57条、船員保険:船員保険法第45条、国民健康保険:国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療:高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項、介護保険:介護保険法第21条第1項(注2)国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

			事	故	発	生	伏 況	報	告	書	記入	個
事故i 番	正明書 号	第 ●	•••	● 号	当	甲 (加害者)	氏名	共和	花子			נימי
	車の番号	名古屋な	; ••		事 - 者	乙(被害者)	氏名	大府	太郎		運転・同乗・歩行	・その他
天	候	晴・曇・	雨・雪・絜	屪• ()	交	通状況	混雑・普通	通・閑散	明(暗	昼間・夜間・明け方	・夕方
道路	状 況			<u> </u>				<u></u>			ン: (良い・悪い)	
信号又	は標識						(青 ・赤 ・ その			側信号:	(青・赤・黄)	
· 速 ———	度						• 乙車両:				5 O km/h) 、してください。)	
事故 現場状 況図) 00 1 0 m	○ •						自 車(乙) 相 手車(甲) 進行方向 信 号 一時 停止 人 転イ	
事物		でこが運転					点を青色信	言号直進	中、対	·向車紡	をおいまうとし	<i>†</i> =
4.4		B		出勤日	V	休日(定位	木日・休暇を	·含む) -	□ 7	その他	()
被害者の負傷状況	時	間帯		勤務時間中		通勤途上	口 出張中	■私用	l	その他	()
の負傷	場	所		会社内	1	道路上	口 自宅	□ その	他()
況		F別加入※ 等の経営者が 災保険	(被害者が何	代表取締役等の)役員、	経営者の場合	合のみ記入) 🔲	加入有			1入無	

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

●年 ●月 ●日

届出者(被保険者) : ※未成年の場合は親権者等 大府 太郎

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。

人身事故証明書入手不能理由書

大 府 市 御中

その他・特記事項

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。)

	│ ○ 受傷が軽微 [™]	で、検査通院のみ(予定を含む)であった	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								
理由									
※ 該当する項目 に〇印をしてく ださい。	 	の事情(理由を具体	的に記載してくださ	() ₀)					
※ 複数に該当す る場合は、すべ	【理由】								
てにO印をして ください。	20th (TH				<u></u>				
	○ その他(理E 【理由】	由を具体的に記載し	(()						
◆ 警察へ、	 お発生の届出を行	っている場合には	以下に記載して。	ください。					
届出警察	東海警察	担当官		56 1	月 ● E				
曲山言祭		(判明している場合)		Ф# •	月 ● E				
裏面へ塚(交	通事故証明書が発行される1場合に限り、裏面の事	れていない場合、またに 放当時者 発生日時	は発行されている交通 発生場所等を記入して	事故証明書にお名 ください	名前が				
(,				
	を確認するため、関								
	より人身事故証明書は				199				
○ 当事者		住所: 〒 474-●	●●● 記載日	● 年●	月●日				
○ 目撃者		大	府市横根町●丁目 —————	●番地 —————					
○ その他(· ·	氏名:	和 花子		<u> </u>				
※ 該当する Off	3項目に]をしてください	電話: ●		•••					
				·					
	を求める側が、直接、目								
	ど)の方、または目撃行 資を受けた側の方、また				調氷)9つ				
早除会社体田棩)	該当する口の [·]	すべてに ノ すろ		責任者	担当者				
	D警察への届出の必要		. キ 1.た	其江日	1236				
八分争以こして	7言宗、107旧田07必多	さに クリて、 武明で	Ja U/L。						
請求関係書類の研	確認により、または以	以下の調査・確認に。	こり、						
	こ相違ないことを確認		- -						
◆ 確認日 ◆	◆ 確認先			◆ 確認力	5法				
月年日]病院 □目撃者 □運転者	□被害者 □修理工場 □-	その他(口電話 口文	(書 口面談				
月年日]病院 □目撃者 □運転者	□被害者 □修理工場 □-	その他()	口電話 口文	【書 □面談				
月年日	□病院 □目撃者 □運転者	□被害者 □修理工場 □-	その他(口電話 口文	【書 □面談				

事案情報 被害者名: 大府 太郎	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。)

		手月日時	● 年 ●月 ●		●時 ●分頃		晴	
発	生	場所	大府市吉田町●丁	目●番地付近				
		住 所	大府市横根町●丁目●番	季 地	電話	••• (••)	••••
		氏 名	共和 花子	生年月日	●年	●月	□ □	才
	甲	自賠責保 険契約先	損保オオブ保険	自賠責保険 証明書番号	 第	•••	•••	뮹
		登録番号	名古屋な ●●−●●	事故時の状況	運転・同乗	(甲•乙)	• 歩行 •	その他
		住 所	大府市中央町●丁目●都	香地	電話●	••• (••)	•••
		氏 名	大府 太郎	生年月日	●年	●月	● 日	才
	乙	自賠責保 険契約先	損保キタサキ保険	自賠責保険証明書番号	第	•••	•••	명
		登録番号	三河い ●●-●●	事故時の状況	運転・同乗	(甲•乙)	• 歩行 •	その他
	丙	住 所			電話	()	
M		氏 名		生年月日	年	月		才
当事者		自賠責保 険契約先		自賠責保険証明書番号	第			타
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗	(甲•乙)	・歩行・	その他
		住 所			電話	()	
		氏 名		生年月日	年	月	В	才
	丁	自賠責保 険契約先		自賠責保険証明書番号	第			뮹
		登録番号		事故時の状況	運転・同乗	(甲・乙)	• 歩行 •	その他
		住 所			電話	()	
		氏 名		生年月日	年	月	В	才
	戊	自賠責保 険契約先		自賠責保険 証明書番号	第			머
	<u>*</u>	登録番号	当事者が記入できない場合	事故時の状況				

[※] 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。

委任状兼同意書

事故発生年月日	○○年○○月○○日	事故発生場所	大府市吉田町〇丁目〇番地
受給者氏名	大府一郎	相手方(第三者) 氏 名	共 和 花 子

1 上記事故に係る「大府市福祉医療費助成に関する条例」に基づく福祉医療費について、 私が相手方(保険会社等を含む。以下同じ。)に対して有する損害賠償請求権に関して助成 の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること(以下「求償事務」 という。)を大府市長に委任します。

また、大府市が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

- 2 上記事故に関して、愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書(写)・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
- (2)保険会社等から受けた金品の内訳(その見込みを含む。)及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
- (4) この委任状兼同意書をもって(2) に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が大府市による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1)治療が完了したときは、必ず大府市に申し出ること。
- (2)相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって大府市にその内容を申し出ること。
- (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- (4) 相手方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、かつ遅滞なく大府市に届け出ること。

○○年○○月○○日

住 所 大府市中央町〇丁目〇番地

氏 名 大 府 一 郎 印

親権者 印

大府市長 様

- (注1) 受給者(子ども医療の場合は、対象となる「子ども」)が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。
- (注2) 委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。