

## 「第三者行為による傷病届」の記入上の注意事項

- 1 事故の状況は、別紙「事故発生状況報告書」に記入してください。
- 2 「第三者に関する事項（相手方）の使用者」欄は、相手方が業務上の事故の場合に記入してください。
- 3 「自動車賠償保険関係」欄は、相手車両の自賠責の保険会社名または農協名及び証明書番号等を記入してください。
- 4 「任意（上積）保険関係」欄は、相手車両の保険会社名または農協名、証明書番号、契約者名、上積保険担当者名、連絡先電話番号を記入してください。
- 5 添付書類
  - 事故発生状況報告書
  - 同意書
  - 交通事故証明書（人身事故用）
    - ※コピーでも可（保険会社に請求してください。）
    - ※物件事故用の場合は人身事故証明書入手不能理由書が必要です。
  - 誓約書（相手が記入してくれる場合）
  - 示談書写（示談が成立している場合）
  - 個人番号（マイナンバー）が確認できる書類
  - 身元確認ができる書類（写真付は1点、写真がない場合2点）

### （備考）

なお、届出日現在でわからないところは、一応空白のままで提出し、わかり次第連絡してください。

### お問い合わせ先

760-8571

高松市番町1丁目8番15号

高松市役所 国保・高齢者医療課 給付係（1階7番窓口）

電話 087-839-2311

受付印

第三者行為(交通事故等)による傷病届

記入例

被保険者証記号番号	香川1	1	2	3	4	5	6	7
-----------	-----	---	---	---	---	---	---	---

区分 ① 交通事故 2 ひき逃げ  
3 けんか 4 その他

被保険者に関する事項				第三者に関する事項					
被 保 険 者	氏名	高松一郎			住所	高松市番町1丁目8番15号 (電話839-2311)			
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	
事 故 の 概 要	発生日	令和元年 8月 1日			相 手 方  使 用 者 ( 親 権 者 )	氏名	香川花子 平成3年 3月 3日生 28歳		
	時刻	午前・午後 9時 50分ごろ				勤務先名	高松市役所 (電話839-2322)	保有者との関係	本人
	発生場所	高松市桜町1丁目9番12号				所在地(住所)			
	(具体的原因) 別添報告書のとおり					名称(氏名)	(電話 )		
診 療 関 係	病 院 名	当初	高松市民病院 (初診 令和元年 8月 1日)		自 賠 責 保 険 ( 強 制 )	所在地	高松市番町1丁目8番15号		
		転医	(令和 年 月 日)			氏名	香川花子		
		転医	(令和 年 月 日)			住所	高松市番町1丁目8番15号		
	国保診療開始日	令和元年 8月 1日から				氏名	香川花子	契約者との関係	本人
	損害賠償状況					種別	自家用普通乗用自動車	府県別	香川県
示 談	① 未定 2 交渉中 3 不成立 4 成立 (令和 年 月 日)				上 積 自 動 車 保 険 ( 任 意 )	登録番号 車両番号	香川500 し 1234		
	内容					保険会社、農協又は共済名	火災海上保険 損保ジャパン 農業協同組合 共済組合		
						証券番号	123456789		
	上記のとおり届けます。					住所	高松市番町1丁目8番15号		
氏名					香川花子				
令和元年 8月 10日 世帯主 高松市長殿				住所	高松市昭和町1丁目2番20号				
				氏名	高松太郎 印				

(注) 添付書類 ①示談が成立している場合は示談書の写  
②警察官署の発行する事故証明書の写  
③事故発生状況報告書

世帯主の住所・氏名・電話番号を記入し押印してください。

# 念 書（兼同意書）

令和元年8月1日高松市桜町1丁目9番12号において 香川 花子の  
事故発生年月日・場所 相手氏名  
不法行為により 高松 一郎 の蒙った負傷について、国民健康保険法  
本人氏名  
による保険給付を受けた場合は、私が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1から3までについては遵守することを誓約し、4  
及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に貴職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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
5. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

令和 元年 8月10日

国民健康保険を使用した本人の住所・氏名を記入し、押印してください。

住 所 高松市昭和町1丁目2番20号

氏 名 高 松 一 郎 印

高 松 市 長 殿

※注 相手方が記入する書類なので取れない場合はなくてもいいです。

## 誓 約 書

令和 元 年 8 月 1 日 高松市桜町1丁目9番12号

番地先において傷害を受けた 高松一郎 様の治療費は、貴（市・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

令和 元年 8月10日

支払義務者 住所 高松市番町1丁目8番15号

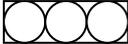
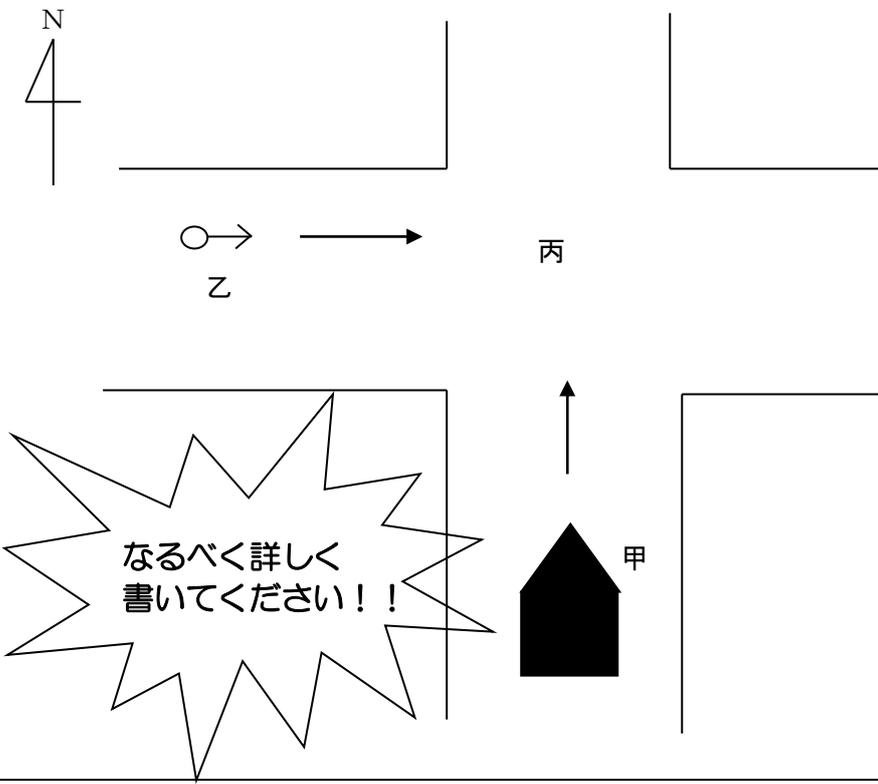
氏名 香川 花子 印

加害者（相手方）の住所・氏名を  
記入し押印してください。

高 松 市 長 殿

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

発生日時	令和 元 年 8 月 1 日 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> 9時 50分頃		
発生場所	高松市桜町1丁目9番12号		
甲（相手運転者） 氏 名	香川 花子	乙（被保険者） 氏 名	高松 一郎 <input type="checkbox"/> 運転・同乗者 歩行・その他
天 候	<input type="checkbox"/> 晴・ <input type="checkbox"/> 曇・ <input type="checkbox"/> 雨・ <input type="checkbox"/> 雪・ <input type="checkbox"/> 霧	交通状況	<input type="checkbox"/> 混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散 明 <input type="checkbox"/> 暗 <input type="checkbox"/> 昼間・ <input type="checkbox"/> 夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装【 <input checked="" type="checkbox"/> してある、 <input type="checkbox"/> してない】 歩道（両、片）【 <input checked="" type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない】 <input type="checkbox"/> 直線、カーブ、平坦、坂道 見通し【 <input checked="" type="checkbox"/> 良い、 <input type="checkbox"/> 悪い】 積雪、凍結 環境【商店街、住宅街、田園（郊外） <input type="checkbox"/> 国道、バイパス、山間地、その他（ ）】		
信号又は標識	信号【 <input checked="" type="checkbox"/> ある、 <input type="checkbox"/> ない】 駐、停車禁止【 <input type="checkbox"/> されている、 <input checked="" type="checkbox"/> されていない】 その他標識（ ）		
速 度	甲車両 20~30 km/h (制限速度 40 km/h ) 乙車両 20~30 km/h (制限速度 30 km/h )		
事故現場における自動車と被害者との 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。）		相手車  被保険者車  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	乙車が東進中、信号の無い交差点に徐行して進入したところ、突然甲車が北進してきたため、丙点 で衝突したものです。		

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車があり、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名
所 有 者	〒 住所		氏名

事故発生状況報告書を記入した本人の氏名を記入し押印してください。

令和 元 年 8 月 10 日

報告者

甲との関係（ ）

乙との関係（ 本 人 ） 氏名 高松 一郎

印

□ □ □ - □ □ □ □

# 交通事故証明書

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

交通事故証明書は「自動車安全運転センター」でのみ発行しています。警察では発行していないので注意してください。  
損保会社に請求したコピーでも結構です。

氏名 \_\_\_\_\_

甲・乙 \_\_\_\_\_ との続柄 \_\_\_\_\_

事故照会番号	高松北 第 11111												
発生日時	令和 元年 8月 1日 午後 9時 55分ころ												
発生場所	香川県高松市桜町1丁目9番12号												
甲	住所	高松市 番町 1丁目 8番 15号								備考 甲・乙以外の 当事者  有(別紙記載のとおり) 無			
	フリガナ	カガワ ハナコ		生 年 月 日	平成3年3月3日 (28歳)								
	氏 名	香川 花子			車 両 番 号	香川 500 し 1234							
	自 賠 責 保 険 関 係	有り 富士 火災海上保険			証 明 書 番 号	11-111111							
	事故時の状態	○ 運転・同乗 (運転者氏名 _____) ・歩行・その他											
乙	住所	高松市 昭和町 1丁目 2番 20号											
	フリガナ	タカマツ イチロウ		生 年 月 日	昭和55年5月5日 (39歳)								
	氏 名	高松 一郎			車 両 番 号	高松市 あ 1111							
	自 賠 責 保 険 関 係	日本興亜損害保険(株)			証 明 書 番 号	A11-111111							
	事故時の状態	○ 運転・同乗 (運転者氏名 _____) ・歩行・その他											
事故類型	人対車両	車 両 相 互					車 両 単 独					踏切	不明(調査中)
		正面衝突	側面衝突	○ 衝突 頭出し	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路外逸脱	衝 突	そ の 他		
上記の事項を確認したことを証明します。  なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。  令和 元年 8月 10日  自動車安全運転センター 香川県事務所長													
証明番号	000001	照合記録簿の種別	人身事故										

種別が物件事務の場合、人身事故証明書  
入手不能理由書が必要です。