

理事長	常務理事	事務局長	課長	副課長	係

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 記号番号		被保険者名 (被害者名)		組 合 員 との続柄	
	マイナンバー (個人番号)			生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
加害者	住所	〒 電話	氏名	S・H・R 年 月 日生	職業	
加害者の 使用者	住所	〒 電話	氏名	S・H・R 年 月 日生	職業	
負傷の日時 及び場所	H・R 年 月 日		午前 午後	時 分頃	場所	
事故発生の 原因及び負 傷時の状況						
傷病名及び 負傷の程度	治癒まで の見込み			入院 日、通院 日 診療費総額 円		
	国保による診療		平成・令和 年 月 日から している・していない			
診療を受けた 保険医療機関名	当 初	住 所				
	転医後	住 所				
自動車 事故の 場合の 加 害 自動車	自賠責保険 契約会社名	証明書番号				
	契約者住所	契約者氏名				
	所有者住所	所有者氏名				
	登録番号又 は車両番号	車台番号				
	任意保険 (対人)の有無	有 (会社名) ・ 無				
損害賠償に 関する交渉経過						
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 届けます。 令和 年 月 日				【個人番号の利用目的】 本組合は、被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30の 項「国民健康保険法による保険 給付の支給又は、保険料の徴収 に関する事務」において適用、 給付及び徴収業務で利用しま す。		
組合員自宅住所						
組合員氏名				Ⓔ		
埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様						

- (注) 1 事故発生の原因及び負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
2 損害賠償の交渉の経過は、詳細に（例えば、〇月〇日見舞金をどれだけ受け取る。医療費は、どちらで負担する等。）記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第	号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)
自動車 の 番 号				乙(被害者)	氏名 (電話) 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 (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				
速 度	甲車両	km/h (制限速度	km/h)	乙車両	km/h (制限速度
		km/h)			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="display: flex; flex-direction: column; align-items: flex-end;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 自 車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 相手車 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 進行方向 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 信 号 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 一時停止 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 5px;"> 人 間 </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> 自 転 車 オ ー ト バ イ </div> </div>
上記図の説明を書いて下さい。					

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

甲との関係 ()

報告者

氏名

印

乙との関係 ()

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 健康 太郎 (電話)048-000-0000	
自動車 の番号	大宮11あ2222		乙(被害者)	氏名 健康 まもる (電話)048-111-2222	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 (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。)

『図の描き方』
 簡単な図で結構ですが、進行方向の矢印・標識の有無・横断歩道の有無などを、できるだけ詳しくご記入ください。

上記図の説明を書い
 下さい。

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、相手車に気づかなかったため、そのまま進行し、交差点内で衝突した。

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**元**年**4**月**15**日

保険者へ届出をする日 報告者 甲との関係 () 氏名 **健康 まもる** (健康)

乙との関係 (**本人**)

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。

個人情報の取り扱いに関する同意書

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 埼玉県歯科医師国民健康保険組合が、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。

以上

令和 年 月 日

同意者（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ 印

（親権者）

氏名 _____

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

埼玉県国民健康保険団体連合会理事長 様

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 ○×市町村 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^(※2)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^(※3)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。

以上

令和元年 5月 1日

同意者（被保険者）
住所 健康 まもる

氏名 埼玉県さいたま市大宮区 234-56
(親権者)

氏名

・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。

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様
埼玉県国民健康保険団体連合会理事長 様

念 書

平成・令和 年 月 日 において
の不法行為により 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

住 所

氏 名

印

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

念 書 (記入例)

事故発生場所の住所

平成・令和元年5月1日 埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65において**健保 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。

令和元年5月15日

保険者へ届出をする日

住 所 **埼玉県さいたま市浦和区234-56**

氏 名 **健 康 まもる**

健康

被保険者(未成年の場合は親権者)が署名・捺印

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

●人身事故証明書入手不能理由書の提出が必要な場合

- ・交通事故証明書が発行されていない場合
- ・交通事故証明書の「照会記録簿の種別」（埼玉県発行の場合は証明書右下）が「人身事故」ではなく「物件事故」の場合
- ・「人身事故」になっていても、当該被保険者の名前が記載されていない場合

●人身事故証明書入手不能理由書記入方法及び記入例について

※人身事故証明書は2枚セットになっております。ただし、2枚目（裏面）の提出が必要な場合は、下記のとおりです。

- ・交通事故証明書が発行されていない場合
- ・発行されている交通事故証明書に当該被保険者の名前が記載されていない場合

1枚目

- ① 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として該当する項目に○印をしてください。複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。
また、警察へ事故発生の届出を行っている場合には、届出警察及び届出年月日を記載してください。
- ② 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。
保険者が求償する場合、基本的には加害者（相手の方）の記名・押印をお願いしておりますが、やむを得ない事情などで記載していただけない場合は被害者（被保険者）または目撃者の記名・押印でも構いません。

2枚目（裏面）

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当該被保険者の名前が記載されていない場合のみ記載が必要となります。

物件事故の交通事故証明書でも当該被保険者の名前が記載されている場合は記載不要となります。

- ① 事故発生年月日時及び事故発生場所を記載してください。
- ② 当事者の情報を記載してください。

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てください。

(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○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため
	<input checked="" type="radio"/> 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
	<input checked="" type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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】
	<input type="radio"/> 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	さいたま警察 担当官 (判明している場合)
届出年月日	平成25年 4月 1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、裏面の事故当事者、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、人身事故の事実には相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒123-4567 記入日 令和元年 5月 1日
<input type="radio"/> 目撃者	〇〇市中央区中落合1-1-1
<input type="radio"/> その他()	氏名 〇〇太郎 印
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 123(456)7890

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 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、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()		

【 事案情報 被害者名: _____ 事故日: 平成・令和 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。)

発 生 年 月 日 時		令和元年5月1日		午前 午後	11時30分頃	天候 晴
発 生 場 所		〇〇市中央区中落合10-10-10				
甲	住 所	〇〇市中央区中落合1-1-1 電話123(456)7890				
	氏 名	〇〇 太郎	生 年 月 日	昭・平 令	30年1月1日(63)才	
	自賠償保険 契 約 先	埼玉海上火災保険株式 会社	自賠償保険証 明 書 番 号	第AB1111111号		
	登 録 番 号	埼玉300さ1111	事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
乙	住 所	△△市東区落合2-2-2 電話987(654)3210				
	氏 名	△△ 健太	生 年 月 日	昭・平 令	40年2月2日(53)才	
	自賠償保険 契 約 先	株式会社さいたま損害 保険	自賠償保険証 明 書 番 号	第12CD34567号		
	登 録 番 号	埼玉500か2222	事 故 時 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		
丙	住 所	△△市東区落合2-2-2 電話987(654)3210				
	氏 名	△△ 花子	生 年 月 日	昭・平 令	40年3月3日(53)才	
	自賠償保険 契 約 先		自賠償保険証 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	昭・平 令	年 月 日()才	
	自賠償保険 契 約 先		自賠償保険証 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	昭・平 令	年 月 日()才	
	自賠償保険 契 約 先		自賠償保険証 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。

誓約書

貴 埼玉県歯科医師国民健康保険組合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。

- 1 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。
- 2 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。
- 3 上記1の支払いに充てるため _____ 保険株式会社（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。

令和 年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 ⑩

保証人 住 所
氏 名 ⑩

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
運 転 者	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

誓 約 書 (記入例)

貴 埼玉県歯科医師国民健康保険組合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。

- 1 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。
- 2 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。
相手方自賠償保険会社
- 3 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。

令和元年5月1日

誓約者 住 所 埼玉県さいたま市大宮区 1111-1

氏 名 健 保 太 郎 健

保証人 住 所 埼玉県さいたま市浦和区 333-33

氏 名 山 田 康 健 山

埼玉県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

記

自賠償保険
証明書番号

保 有 者	住 所	埼玉県さいたま市大宮区 1111-1		
	氏 名	健 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	健 保 太 郎	誓約者との関係	本人
被 害 者	住 所	埼玉県さいたま市浦和区 234-56		
	氏 名	健 康 まもる		