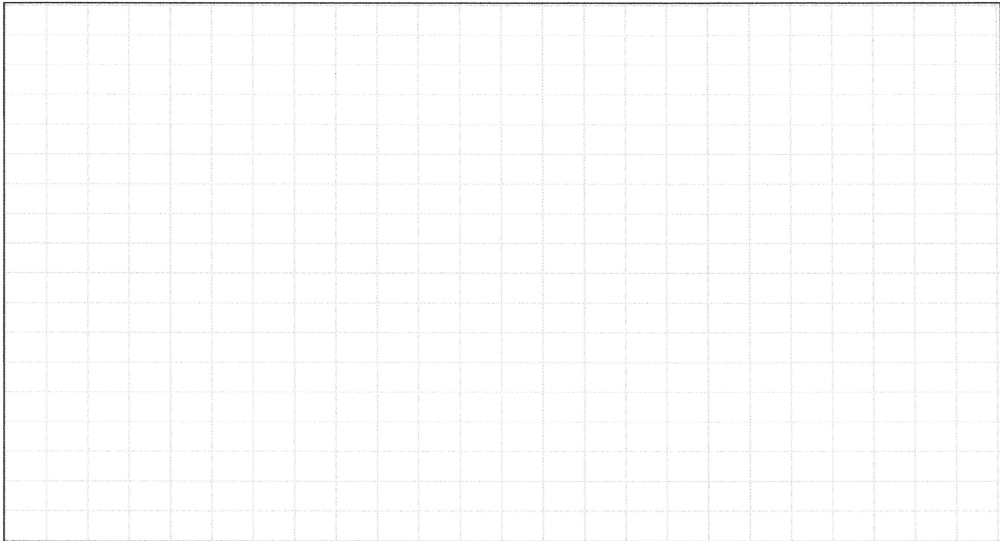









第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号 崎葉一		保険者名 長崎県薬剤師国民健康保険組合	
	※国民健康保険は 世帯主、その他 は被保険者の 情報を記入	届出者情報	ふりがな		生年月日	
		氏名 / 生年月日	氏 名		年 月 日	
	住所 / 電話	〒		TEL ()		
(受 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな		生年月日		
	住所 / 電話	氏 名		年 月 日		
		〒		TEL ()		
(第 三 者) 加 害 者	氏 名	ふりがな		生年月日		
	住所 / 電話	氏 名		年 月 日		
		〒		TEL ()		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃				
	事故発生場所					
	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	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名		ふりがな		
	登録番号 / 車台番号	登録番号		氏 名		
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間		車台番号		
		年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責証明書番号 第 号		
任 意 保 険 (加 害 者) 保 険	保険会社名 / 担当部署	保険会社名		担当部署		
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()		
	担当者名 / E-mail	ふりがな		E-mail		
	保険契約者名	氏 名				
	住所	ふりがな				
	保険期間 / 契約番号	氏 名				
		〒				
	任意対人一括の有無	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 契約番号 第 号				
		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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名		担当部署	
			担当者氏名		TEL ()	
治 療 状 況	診 療 機 関 名 / 入 院 / 治 療 期 間	① 診療機関名		入院	治療開始日	
		〒		有 / 無	年 月 日	
					治療終了(見込)	年 月 日
	住 所 / 電 話 番 号	TEL		()		
		② 診療機関名		入院	治療開始日	年 月 日
		〒		有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日
			TEL		()	
	③ 診療機関名		入院	治療開始日	年 月 日	
	〒		有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日	
		TEL		()		
傷 病 届 作 成 日 / 作 成 支 援 の 有 無		年 月 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 <input type="checkbox"/>		

(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。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故証明書番	第	号	当 事 者	甲 (加害者)	氏名			
自動車の登録番号				乙 (被害者)	氏名			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) ・ 自転車側信号：(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： km/h (制限速度 km/h)		乙車両： km/h (制限速度 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。)							
								自 車(乙)  相手車(甲)  進行方向  信 号  一時停止  人  自 転 車 バ イ ク 
事故発生の状況(経緯)								
被 害 者 の 負 傷 状 況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他()						
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他() <small>(パート・アルバイト含む)</small>						
	場 所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()						
	労災特別加入※ <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small>	(被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無						

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

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。

同意書

私が加害者 _____ 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なと認める場合、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

氏名

(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。

(相手方)

誓約書

貴 長崎県薬剤師国民健康保険組合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、書面をもって次の1、2及び3の事項を遵守することを誓約し、4の事項については同意します。

- 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の支払に充てるため_____保険会社（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受領することを承認すること。
- 4 下記事故に関する私の個人情報の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - ① 貴職又は長崎県国民健康保険団体連合会が、損害賠償請求に関する必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から情報の提供を受けること、又、損害賠償請求に関する必要な資料（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等へ提供すること。
 - ② この誓約書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

誓約者 住所 _____
氏名 _____ ⑩

保証人 住所 _____
氏名 _____ ⑩

長崎県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

記

保有者	住所		
	氏名	※	証明書番号
相手方 (運転者)	住所		
	氏名	※	契約者との関係 ※
被保険者 (運転者)	住所		
	氏名		

(注) 2部複写し1部返送してください。※欄は誓約者と運転手が異なる場合のみ記入してください。