

第三者の行為 (交通事故) による被害届

被保険者証番号	40000035	被保険者 (被害者)氏名	給付 次郎	生年月日	昭和3年3月3日	
被保険者 (被害者) の状況	事故発生日	平成27年4月4日 午後3時頃	場所	石川県〇〇市〇〇丁目〇番地		
	事故発生の 原因とその状況	別紙、事故発生状況報告書のとおり		用務	<input checked="" type="radio"/> 私人、商用、社用、 公用、その他	
	傷病名と その状況	右足首複雑骨折、 腰椎骨折	初診 年月日	平成27年4月4日	診療 見込	期間 平成27年4月~27年6月 金額 1,000,000円
			保険診療の希望 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		平成27年4月4日から	
保険医療機関名	〇〇市立△△病院	所在地	石川県〇〇市〇〇丁目〇番〇号			
第三者 (加害者)	加害者	住所	石川県〇〇市〇〇丁目〇番地	氏名	広域 太郎	
	使用主又は 自動車の保有者	所在地	同上	名称	同上	
	自賠責保険	保険会社名	〇〇損害保険会社		保険契約者	広域 太郎
		証明書番号	KO-123456		保険期間 車種・番号	HO・〇・〇~HO・〇・〇 石川〇〇〇〇〇〇〇〇
	任意保険	保険契約	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		保険会社名	〇〇△△保険
		保険契約者	広域 太郎		保険期間 契約保険金	HO・〇・〇~HO・〇・〇 無制限 円
損害賠償状況	損害賠償の請求状況	自賠責・任意・ 第三者	年 月 日	請求中 請求済	円	
	損害賠償額の内訳					
	示談成立の有無 及び交渉状況	有 (有に〇の場合は写を添付のこと) <input checked="" type="radio"/> 無				
上記のとおりお届けいたします。						
〇〇年〇〇月〇〇日						
申請者 住所 石川県〇〇市〇〇丁目〇番地			氏名 給付 次郎 <input checked="" type="radio"/>			
石川県後期高齢者医療広域連合長 様						

第三者行為・様式3号

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。

甲(加害運転者)	氏名 広域 太郎	乙(被害者)	氏名 給付 次郎	運転 同乗(加害者・他方車)・歩行・その他()	
当該事項に○印等を記して下さい。	天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	
	道路状況	舗装	・してある	・してない	明暗
		歩道(両・片)	・ある	・ない	直線・カーブ・平坦・裏道
		見通し	・良い	・悪い	・積雪・凍結
		環境	・商店街・住宅街・田園(郊外)・国道・バイパス・山間地 ・その他()		
	信号又は標識	信号	・ある	・ない	その他標識()
駐・停車禁止		・されている			
速度	加害者 60km/h(制限速度 40km/h)、他方車 50km/h(制限速度 50km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示して下さい。					
上記図の説明を下さい。	平成27年4月4日午後3時00分頃OOで買い物後、帰宅する際、OO方面に向けて片側一車線道路の信号機のない交差点を直進中、わき道から一旦停止せずに右折してきた広域太郎氏運転の車と衝突した。				

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 (電話)
保有者	〒 住所		氏名 (電話)

〇〇年 〇〇月 〇〇日

報告者 甲との関係() 氏名 給付 次郎 ㊟
乙との関係(本人)

念 書

元号〇〇年〇〇月〇〇日〇市〇丁目〇番地において広域 太郎の不法行為により給付 次郎の被った保険事故について高齢者の医療の確保に関する法律に基づく保険給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって石川県後期高齢者医療広域連合が給付の価額の限度において代位取得し、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立てます。

なお、併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、必ず前もって貴職にその内容を申出ること。
- 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出ること。

また、貴職またはその委託するものが、上記法令に基づく請求のために必要な範囲で適正に、私の個人情報を次のとおり取り扱うことに同意します。

- 1 私が受診した医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。
- 2 損害保険会社等から、事故様態、診療状況、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）及びその他必要な情報の提供を受けること。
- 3 損害賠償請求を行うにあたって、診療報酬明細書等の写しを加害者の加入する損害保険会社等へ提供すること。

元号 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住 所 石川県〇〇市〇〇丁目〇番地

氏 名 給 付 次 郎 ㊞

石川県後期高齢者医療広域連合長 様

誓 約 書

元号〇〇年〇〇月〇〇日〇市〇丁目〇番地における交通事故により
広域太郎が給付次郎様を負傷させました。この事故により被害者
が後期高齢者医療から受けた保険給付については高齢者の医療の確保に関する
法律第58条第1項の規定により石川県後期高齢者医療広域連合
が負担した額を必ず納付することを保証人連署の上誓約いたします。

元号〇〇年〇〇月〇〇日

石川県後期高齢者医療広域連合長 様

損害賠償金支払義務者

住 所 石川県〇〇市〇〇丁目〇番地
氏 名 広 域 太 郎 ⑩

連帯保証人

住 所 石川県〇〇市〇〇丁目〇番地
氏 名 保 証 三 郎 ⑩

※印鑑証明書を必ず添付してください。(任意保険のあるときは、省略する)

押印は印鑑証明書用の印鑑をお願いします。

○△□×○△□×保険会 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	<input checked="" 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 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
※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"/> 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	◇◇◇ 警察 ××担当官 (判明している場合) 届出年月日 平成2×年 ××月 ××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	加害者	住所 干×××-××××	記入日 平成2×年 ××月 ××日
<input type="radio"/> 目撃者		〇〇県△△市□□町××丁目××-×	
<input type="radio"/> その他()		氏名 加 害 一 郎	(印)
※ 該当する項目に○印をしてください		電話 077× (××) ××××	

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求(法第16条)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。
事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない時は、その理由を記入し、被害者の署名・捺印をする。

(保険会社使用欄) 該当する回すべてに○印する。

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 年 月 日】

裏面の記載は不要

○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		年	月	日	午前 午後	時	分	頃	天候	
発生場所										
当 事 者	甲	住所	電話 ()							
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
		自賠責保 険契約先	自賠責保 険証 明書番 号	第	号					
		登録番号	事 故 時 況 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他						
	乙	住所	電話 ()							
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
		自賠責保 険契約先	自賠責保 険証 明書番 号	第	号					
		登録番号	事 故 時 況 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他						
	丙	住所	電話 ()							
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
		自賠責保 険契約先	自賠責保 険証 明書番 号	第	号					
		登録番号	事 故 時 況 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	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
		自賠責保 険契約先	自賠責保 険証 明書番 号	第	号					
		登録番号	事 故 時 況 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	明・大 昭・平	年	月	日()	才		
		自賠責保 険契約先	自賠責保 険証 明書番 号	第	号					
		登録番号	事 故 時 況 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。