








第三者の行為 (交通事故) による被害届

被保険者証番号		被保険者 (被害者)氏名		生年月日		
被保険者 (被害者) の状況	事故発生年月日	年 月 日	場 所			
	事故発生の 原因とその状況				用 務	私用、商用、社用、 公用、その他
	傷 病 名 と そ の 状 況		初 診 年月日	年 月 日	診療 見込	期間 金額
			保険診療の希望		有・無	年 月 日から
	保険医療機関名			所在地		
第 三 者 (加害者)	加 害 者	住 所			氏 名	
	使用主又は 自動車の所有者	所在地			名 称	
	自 賠 責 保 険	保険会社名			保険契約者	
		証明書番号			保 險 期 間 ~
	任 意 保 険	保 險 契 約	有 ・ 無		保 險 会 社 名	
		保 險 契 約 者			保 險 期 間 ~
					契 約 保 険 金	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○の場合は写を添付のこと) 無				
上記のとおりお届けいたします。 令和 年 月 日 申請者 住所 _____ 石川県後期高齢者医療広域連合長様 氏名 _____ ㊟						

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	乙(被害者)	氏名	運転・同乗(加害者・他方車)・歩行・その他()		
さい。該当事項に○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	明暗	昼間・夜中・明け方・夕方
	道路状況	舗装	・してある	・してない	・直線・カーブ・平坦・裏道	
		歩道(両・片)	・ある	・ない	・積雪・凍結	
		見通し	・良い	・悪い		
	信号又は標識	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	・ある	・ない	その他標識()	
速度	加害者	km/h (制限速度	km/h)、他方車	km/h (制限速度	km/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。	加害者  他方車  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下さい。						

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)

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 _____
 乙との関係()

念 書

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。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

石川県後期高齢者医療広域連合長 あて

誓 約 書

年 月 日 における交通事故により
が 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 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。

令和 年 月 日

石川県後期高齢者医療広域連合長

損害賠償金支払義務者

住 所

氏 名

保 証 人

住 所

氏 名

※印鑑証明証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)

人身事故証明書入手不能理由書

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。)

<p align="center">理由</p> <p>※ 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。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	<p align="center">警察 担当官 (判明している場合)</p>	届出年月日	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。

<p>◆ 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏名 _____ 印</p> <p>電話 () _____</p>

(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 _____ 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		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	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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	
	丁	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。