国民健康保険法に基づく第三者行為に関する届出書類について

・提出していただく書類です。記入漏れ、押印漏れのないようお願いします

・記入に際しては、過失割合の大小に係わらず、国民健康保険を使用する方を「被害者」とします。

お渡しする書類名	備　　考
① 第三者の行為による被害届書	・被害者(被保険者)の世帯主名で記入。 ・分かるところすべて記入(代筆も可) ・捨印を押印ください
② 交通事故証明書	・自動車安全運転センター発行のもの 注１：自賠責保険のみ加入は、原本を提出。任意保険加入の場合はコピーでも可。 注２：人身事故扱いになっていない場合(物損事故)は、別添の「人身事故証明書入手不能理由書」を併せて提出。
③ 事故発生状況報告書	・当事者等が記入 ・分かるところすべて記入(代筆も可) ・捨印を押印ください
④ 念書	・被害者(被保険者)の世帯主名で記入 ・捨印を押印ください
⑤ 個人情報の取り扱いに関する同意書	・被害者(被保険者)が記入 ・捨印を押印ください
⑥ 誓約書	・加害者(相手方)又は、保険会社が記入 注１：過失割合等により、相手方から記入押印がいただけない場合は、未記入で提出可。 その時は、余白にその理由を記入してください。例：「被害者の方が、過失が大きいためもらえなかった。」等。
⑦ 求償事務委託確認票	・被害者(被保険者)が記入
⑧ 人身事故証明書入手不能理由書	・②の証明書の“照会記録簿の種別”欄が“人身事故”になっていない場合や、入手できない場合に提出 ・原則「加害者(相手方)」名で記入

※ 書類がそろいましたら早めに提出してください。(提出書類がそろうまでに時間がかかる場合はご相談ください。)

※ 提出書類については後日確認する場合がありますので、コピーなどを手元に残しておくと便利です。

《提出先》〒360-8601　熊谷市宮町二Ｔ目４７－１
熊谷市役所　保険年金課　国保給付係
TEL ０４８－５２４－１１１１内線２７６

様式第３号

第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の記号番号		被保険者 氏　名 生年月日　　年　月　日		世帯主との続柄	
加害者	住所				職業	
	氏名		生年月日	年　月　日	TEL	
加害者の使用者	住所				職業	
	氏名		生年月日	年　月　日	TEL	
発病及び負傷時の状況	日時	令和　　年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃				
	場所					
	状況					
傷病名及び程度			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　令和　　年　　月　　日から　している　・　していない					
診療を受けた医療機関	当初		住所			
	転医後		住所			
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約保険会社名			証明書番号		
	登録番号 車両番号			車名番号		
	契約者住所			氏名		
	所有者住所			氏名		
	任意保険の有無	有・無	有の場合保険会社（共済）名			
	証券番号					
	契約者住所			氏名		
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4の規定により上記のとおり届出します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　所　熊谷市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　TEL　　（　　）＿＿＿＿＿＿

世帯主　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

熊谷市長　小　林　哲　也　あて

注　１　事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
　　２　損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば○月○日見舞金をいくら受け取り、医療費、付き添い費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
　　３　後日の調査のために、関係者の電話番号を記入してください。携帯電話番号でも構いません。

様式第９号

念　　書

令和　　年　　月　　日（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において、

（加害者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により（被害者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿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立てます。

なお、あわせてつぎ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。

令和　　年　　月　　日

住所　熊谷市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

熊谷市長　小　林　哲　也　あて

様式第８号

誓　約　書

私は、熊谷市国民健康保険被保険者（被害者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に係る第三者行為による医療費について、熊谷市に及ぼした損害額の請求があったときは、指定納期限までに全額納付することを保証人連署のうえ誓約いたします。

ただし、期限内に納付できない場合は、その旨申し出て承認を得るものとします。

令和　　年　　月　　日

（加害者）

納入者　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（加害者加入の保険会社等）

保証人　住　所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

熊谷市長　小　林　哲　也　あて

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 TEL	
自動車の番号			乙（被 害 者）	氏名 TEL	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 してない	歩道　両側・片方・ない		直線　・　カーブ	
	平坦　・　坂	見通し　良い・悪い		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)				

事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。

事故発生状況略図（道路幅はｍで記入して下さい）

自　　車
自車以外の車
進 行 方 向
信　　号
一 時 停 止
人　　間
自 転 車
オートバイ

受傷原因の説明を書いて下さい。

（どのようにして受傷したのか、又は、何が原因で事故を引き起こしたのか具体的に記入して下さい）

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告申し上げます。

令和　　年　　月　　日

報告者　甲との関係（　　）

乙との関係（　　）　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

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・提供・照会・調査に関し、次の事項について同意します。

１　熊谷市が、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、(*2)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(*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　　年　　月　　日

同意者（被保険者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（親権者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

熊谷市長　小　林　哲　也　あて

埼玉県国民健康保険団体連合会理事長　あて

*1　「第三者行為損害賠償求償事務」とは、国民健康保険の被保険者が交通事故により被った損害のうち、保険者が支払った医療費を、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）に対し請求することです。

*2　「被保険者が被った交通事故に係る個人情報」とは、①交通事故証明書、②事故発生状況報告書、③第三者の行為による被害届（写）、④念書、⑤診療報酬明細書（写）、などです。

*3　「診療報酬明細書」とは、保険医療機関や保険薬局が保険者へ医療費を請求するための請求書のことで、カルテから作成され、すべての保険診療の内容が記入されているものです。診療報酬明細書は、入院と外来の別に１ヶ月（暦暦）に１枚作成され、保険者に提出されます。

注　この「人身事故証明書入手不能理由書」は、交通事故証明書の「照会記録簿の種別」が「人身事故」になっていない場合や「人身事故」になっていても、当該被保険者名の記載がない場合に提出する。

人身事故証明書入手不能理由書

熊谷市長　小　林　哲　也　あて

当事者	運転者・甲	住　　所	TEL		
		氏　　名		生年月日	年　月　日　歳
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		車　　種		車両番号	
	被害者・乙	住　　所	TEL		
		氏　　名		生年月日	年　月　日　歳
		自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	第　　号
		車両番号		事故時の状態	運転・同乗（甲・乙）・歩行・その他
事故発生日時		令和　年　月　日　午前・午後　時　分ころ　天候			
事故発生場所		において			
届出警察		警察　　担当官	届出年月日	令和　年　月　日	
人身事故証明書入手不能理由					

◇上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

住所

◌ 運転者（甲）

◌ 被害者（乙）　　氏名　　印

◌ その他

（　　）　　電話　　（　　）

（注）当該自認欄は、被害者請求（法第 16 条請求）の場合には、原則運転者（甲）側の方がご記入ください。加害者請求（法第 15 条請求）の場合には、原則被害者（乙）側の方がご記入ください。

（保険会社使用欄）

令和　　年　　月　　日

□ 本理由書及び損害立証資料に基づき、人身事故の事実を確認しました。

□ 損害立証資料のほか、当社の調査に基づき、人身事故の事実を確認しました。（別紙参照）

□ その他（　　）

責任者	担当者

求償事務委託確認票〈参考〉

本票により、求償事務を埼玉県国民健康保険団体連合会へ委託する際の要件を満たしているか確認します。

○求償事務の委託に必要な要件（原則次のすべての項目で「いいえ」のチェックが入ります。）

1　業務上又は通勤途上の事故である。

□　はい　　□　いいえ　――　「はい」の場合、労災保険に申請する。

2　加害者はいない。

□　はい　　□　いいえ　――　第三者行為には該当しない。

3　加害者を特定できない。

□　はい　　□　いいえ　――　加害者を特定できた段階で求償する。

4　加害者に過失はない。

□　はい　　□　いいえ　――　加害者が無責の場合、損害賠償を請求することができない。過失割合等、事故の詳細について確認する。

5　被保険者等が損害賠償請求権を放棄又は免除した。

□　はい　　□　いいえ　――　損害賠償請求権を代位取得する余地がない。

6　示談等により損害額が弁済されている。

□　はい　　□　いいえ　――　損害賠償請求権を代位取得する余地がない。

7　保険給付の制限に該当している。（酒酔い運転、喧嘩、泥酔等）

□　はい　　□　いいえ　――　保険給付ができる場合は、その範囲で損害賠償請求権を代位取得する。

8　当該事故による治療は、国民健康保険を使用していない。

□　はい　　□　いいえ　――　損害賠償請求権を代位取得する余地がない。

*使用している場合

・保険診療開始日　令和　　年　　月　　日

・診療医療機関　所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　名称＿＿＿＿＿＿＿＿

・治療期間　□　入院＿＿＿＿＿日　□　入院外＿＿＿＿＿日

9　加害者は自賠責又は任意保険に加入していない。

□　はい　　□　いいえ　――　直接加害者へ請求する。

10　交通事故を証明できる人がいない。

□　はい　　□　いいえ

令和　　年　　月　　日

報告者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

交通事故証明書

申請者住所

氏名

事故照会番号				甲・乙・　　との続柄		
発生日時						
発生場所						
甲	住所					備考
	氏名			生年月日	明大昭　年　月　日（　歳）	甲・乙以外の当事者 有（別紙記載のとおり） 無
	車種	自事		車両番号		
	自賠責保険関係	有無	契約先	証明書番号		
	事故時の状態	運転・同乗（　　）・歩行・その他				
乙	住所					
	氏名			生年月日	明大昭　年　月　日（　歳）	
	車種	自事		車両番号		
	自賠責保険関係	有無	契約先	証明書番号		
	事故時の状態	運転・同乗（　　）・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	出会頭衝突	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　　年　　月　　日

自動車安全運転センター　都道府県　事務所長　　印

証明番号		照合記録簿の種別	人身事故・物件事故