

被保険者からの提出書類

(参考様式 2 号)

第三者の行為による被害届

被害者	被保険者証 の記号番号	○○ 123456	被保険者名 (被害者名)	国保 太郎 S20年5月10日生	世帯主と の続柄	本人
加害者	住所	○○市○○町2-5	氏名	熊本 太郎 S35年2月5日生	職業	会社員 電話 123-456-7890
加害者の 使用 者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時 及び場所	平成 26 年 2 月 10 日 午前 10 時 30 分頃、場所 ○○市○○町 6-8 午後					
発病の原因 又は負傷時 の状況	上記場所において、国保車が直進中、一時停止の標識を見落として進入してきた熊本車と出会い頭に衝突し、国保太郎が負傷した。					
疾病又は 負傷の程度	頸椎捻挫			治ゆまで の見込み	入院 20日 通院 20日 治療費総額 60万円	
	国保による診療		平成 26 年 2 月 10 日から している、していない			
治療を受けた 療養取扱機関名	当初	○○病院		転院後	△△病院	
自動車 事故の 自動車	自賠責保険 契約会社名	熊本海上 保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号	第 AB34-56789 号	
	契約者住所	○○市○○町2-5		契約者氏名	熊本 次郎	
	所有者住所	同上		所有者氏名	同上	
	登録番号又 は車両番号	熊本 51 か 0000		車台番号	C-123456-7	
	任意保険 (対人)の有無	有 (九州海上火災		保険株式(相互)会社)、無 農業協同組合	
損害賠償に関する交渉の経過	担当 (TEL) 治療終了後、示談の予定					
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お届けします。 平成 26 年 2 月 15 日						
世帯主 住所 ○○市○○町 2-4 氏名 国保 太郎						
○○市長 様						

注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
- 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

印

「第三者の行為による被害届」は、世帯主が被害を届ける重要な書類ですので、できるだけ空欄のないように記入してください。「交通事故証明書」及び「自動車検査証」を参考に記入してください。

なお、記載事項中不明箇所は空欄のままで提出を求め、その後判明したときは速やかに連絡を行うよう指導します。

① 加害者（第三者）の欄は、保険者等が加害者に医療費を請求する際の重要な事項です。加害者から聞き取り、正確に記入してください。

- ・氏名、生年月日、住所、電話番号（自宅・勤務先）、職業等を忘れないようにしてください。特に加害者が無保険又は自賠責（共済）のみの場合は、加害者直接請求に移行することがあります。電話番号等の確実な連絡先が必要になりますので注意してください。
- ・加害者が勤務中の事故であるときは、勤務先の名称、住所、電話番号等を記入してください。

② 日時、場所などは「交通事故証明書」から転記すれば確実ですが、届け出に間に合わない場合は、被害者の記憶に基づきできるだけ正確に記入してください。

事故状況は、被害者（被害者車両）と加害者車両の動きが判るように記入してください。

③ 最初に診療を受けた病院名、転院後の病院名と国保による治療を開始された年月日を必ず記入してください。

④ 自動車事故の場合の加害自動車

- ・自賠責保険契約会社名
相手加害自動車の契約する自賠責保険の契約会社又は共済
- ・証明書番号
相手加害自動車の契約する自賠責保険の証明書番号

・契約者住所
相手加害自動車の契約する自賠責保険の契約者の住所

・契約者氏名
相手加害自動車の契約する自賠責保険の契約者の氏名

・所有者住所
相手加害自動車の所有者の住所

・登録番号又は車両番号
相手加害自動車の登録番号又は車両番号

・車台番号
相手加害自動車の車台番号、不明の場合は無記入

・任意保険（対人）有無
相手加害者又は加害自動車の契約する対人賠償の任意保険がある場合には、当該任意保険会社・

不明の場合は無記入でもよい。

共済等の名称及び担当者を記載します。任意保険がない場合は、無に○印を付けてください。

*被保険者の過失が大きく、相手方から提示を受けにくい場合は無記入で構いません。

なお、証明書、車検証等のコピーを添付していただくと確実です。

⑤ 損害賠償に関する交渉の経過

相手加害者との損害賠償の交渉経過を記載します。

被害届の提示に示談が成立している場合は、示談書の写しを提出させます。

⑥ 世帯主が署名・捺印してください。

注) 加害者が 2 名以上の場合、加害者 1 名につきそれぞれ被害届を作成してください。

被保険者からの提出書類

交通事故証明書

申請者 住所 ○○市△△町 2-4

氏名 国保太郎

事故照会番号	第 0090 号			甲・乙との続柄 本人											
発生日時	平成 20 年 2 月 10 日 (曜日) 午前 10 時 30 分ごろ 天候 晴														
発生場所	○○市△△町 6-8														
甲	住所	○○市△△町 2-5										備考 *甲、乙以外の当事者有-別紙記載のとおり 無			
	フリガナ	クマモト ジロウ			生年月日	昭和 35 年 2 月 5 日 (48 歳)									
	氏名	熊本次郎													
	車種	自 <small>有</small> 事	普通乗用自動車		車両番号	熊本 51 か 0000									
	自賠責 保険関係	有 <small>無</small>	契約先 熊本海上		証明書番号	AB12-254367-5									
事故時の 状態	(運転)・同乗 (運転者氏名)・歩行・その他														
乙	住所														
	フリガナ	コク ホ タロウ			生年月日	昭和 20 年 5 月 10 日 (62 歳)									
	氏名	国保太郎													
	車種	自 <small>有</small> 事			車両番号	熊本 51 き 0000									
	自賠責 保険関係	有 <small>無</small>	契約先		証明書番号	C-567890-1									
事故時の 状態	(運転)・同乗 (運転者氏名)・歩行・その他														
事故類型	人対車両	車両相互						車両単独						踏切	不調査中明
		正面衝突	側面衝突	出衝合頭突	接觸	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。															
平成 26 年 2 月 13 日															
自動車安全運転センター															
熊本県事務所長															
証明番号	○○○○○○			照合記録簿の種別			人身事故								

「交通事故証明書」は、原本を提出してください。(ただし、加害者側の損保会社が提出の場合は写しで可)

また、右下の「照合記録簿の種別欄」が人身事故であることを必ず確認してください。物件事故となっている場合、及び、交通事故証明書に被害者氏名等の記載がない時にも「人身事故証明書入手不能理由書」が必要となりますので提出させます。

過失の大小については、一般的に「甲」欄にある方が大きいと考えられます。

「交通事故証明書」は事故事実の確認に必要な書類となります。各都道府県の自動車安全運転センター(以下「センター」という。)が発行しています。

1 交通事故証明書交付申請書(以下「申請書」という。)

申請書はセンター、警察署、交番、駐在所等関係機関に備えてあります。

2 取り付け方法

(1) 郵便振替による方法…郵便振替用の申請書に必要項目を記入し、1通につき手数料540円(振込手数料は別途)を添えて郵便局から申請し郵送してもらう方法です。

詳しくは、自動車安全運転センター熊本県事務所にお問い合わせください。

(2) センター窓口申請による方法…センター窓口において、申請書に必要事項を記入の上、1通につき540円を添えて申請する方法です。

自動車安全運転センター熊本県事務所

〒869-1107 菊池郡菊陽町辛川2655番地

Tel(代) 096-233-2111

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 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 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	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、人身事故の事実に相違ありません。

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

(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
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 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					
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 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 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
当事 人	住 所	電話 ()			
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平	年 月 日()才
	自賠責保		自賠責保険	筆	

※平成 25 年 4 月 1 日から、本様式に変更されました。

※本様式は、原則加害者が記入します。また、加害者の署名・捺印が必要となります。何らかの理由により加害者の署名・捺印が困難な場合は、被害者が署名・捺印のうえ、様式余白に「運転者へ署名・捺印を依頼したが、応じてもらえたなかった。」等の理由を記載します。

※この様式は、物件事故の事故証明書で自賠責保険へ請求する際に必要となります。軽微な被害の場合は、自賠責保険への求償が可能ですが、被害が大きい場合で加害者加入の任意保険に請求する場合は、物件事故の事故証明書及び本様式は使用できないため、「人身事故」に訂正するよう被害者へ連絡してください。「人身事故」に訂正するには、当該事故の治療を行っている医療機関の診断書を警察署へ提出する必要があり、詳細については警察署へお問い合わせください。

被保険者からの提出書類

事故発生状況報告書

様式4

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	熊本 次郎	乙 (被害者)	氏名	国保 太郎	運転 歩行・その他	同乗・ 甲車以外の車				
速 度	甲車	40 km/h (制限速度 30 km/h)	甲車以外の車	30 km/h (制限速度 30 km/h)							
状況を図示してください。自動車と被害者の	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください)						① ② ③				
	4.5 m 6 m				甲車	甲車以外の車		進路方向	信号	一時停止	人
書上記図の説明を	自車（乙）が直進中、一時停止の標識を見落として進入してきた相手車 （甲）と出会い頭に衝突した。										

甲車以外の車について判明している場合にご記入ください。

自動車の番号		運転者氏名	(電話)
保有者	〒 住所	氏名	(電話)

平成 26 年 2 月 15 日

甲との関係 ()

報告者

乙との関係 (本人) 氏名 国保太郎

印

④

「事故発生状況報告書」は、被害者（被保険者）が記入してください。

なお、過失割合を決める場合の判断材料となりますので、事実に基づいて正確に記入してください。

- ① 「交通事故証明書」の甲・乙に關係なく、加害者（第三者）を「甲」、被害者（被保険者）を「乙」として記入してください。

事故時の被害者の状況について、いずれかに○を付してください。

なお、同乗者の場合には、「甲車」「甲車以外の車」のいずれかに○を付してください。

- ② 速度は、事故当時の走行速度及び制限速度を記入してください。

- ③ 事故現場の道路の状況（信号、標識、道路幅員、横断歩道、歩道など）、事故発生の原因となった甲車と乙車（被害者）の動き・關係位置等をできるだけ詳細に記入してください。

また、図面について、詳しく説明を書いてください。（センターライン等）

犬咬傷の場合は、犬を繋いでいたか、チェーンの長さはどれくらいか、詳細に記入してください。

- ④ 報告者は、乙との關係、氏名を記入し、必ず捺印をお願いします。

※保険者の担当者が被保険者より状況等を聞き取り記載しても差し支えありません。

その際の報告書は、保険者の担当者とし、担当者の捺印をし、乙との關係に代理人と記載します。

被保険者からの提出書類

(被保険者に念書の遵守事項と趣旨を十分に理解していただくこと)

様式 5-1

念書

平成 26 年 2 月 10 日 ○○市△△町 6-8 において
熊本次郎 の不法行為により 国保太郎 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項の規定によつ
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
ることに異議ありません。

なお、併せて、次の 1 から 3 までについては遵守することを誓約し、
4 及び 5 については同意します。

- 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
を申し出、承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者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、遅延なく貴職に届け出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを、熊本県国民健康
保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、熊本県国民健康保険
団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

平成 26 年 2 月 15 日

住所 ○○市△△町 2-4
氏名 国保太郎

印

○○○ 市 町 村 長

国保組合理事長

○○○○○ 様

「念書」は、必ず原本を提出してください。

「念書」は、保険者等が債権を確保するために、被保険者（被害者）に“誓約”してもらうものですので、その趣旨を説明して十分理解してもらうことが必要です。

↓

- ・ 国民健康保険を使用して受診した場合、保険者（市町村）が治療費を一時立て替え払いする。
- ・ 国民健康保険を使用して受診した場合、給付した治療費について被保険者（被害者）に代わり損害賠償請求権を代位取得する。
- ・ 治療費を一時立て替えたものだから、後日第三者（加害者）が責任を負うものについては返還してもらう義務がある。

① 事故の治療に国民健康保険を使用され、加害者が賠償すべき医療費を保険者等が立て替え払いしますので、その医療費を保険者等が直接加害者に請求することに異議のないことを確認するものです。

【健保等の求償において優先支払の同意書が提出されている場合の取扱い】

被害者請求と健保等の求償の競合事案において、求償関係資料に被害者が作成した優先支払の同意書が添付されている場合、その意味について被害者が十分に理解しているとは限らないことから、今後も被害者に対して健保等側へ優先支払を行ってよいかどうかを確認すべきである。

よって、調査事務所から被害者へ確認を行う取扱いは変更しない。

ただし、最高裁判判決の趣旨を受け、優先払いの同意書があっても被害者が優先払いを受けることが可能であることの説明を徹底し、それによって自己への優先払いの申し出があった場合は、被害者請求を優先して認定する。（平成 20. 7. 30 保険課事務連絡）

② 示談される場合は、事前に保険者（市町村）に相談するよう指導してください。示談の内容によつては保険者等が加害者に請求できなくなる場合があります。また、示談された場合には、示談書の写しを必ず提出してください。

③ 被害者（被保険者）が署名・捺印します。

被害者（被保険者）が未成年あるいは心神喪失者の場合は、親権者又は後見人が署名・捺印してください。

注) 加害者（第三者）が 2 名以上の場合には、加害者（第三者）それぞれにつき 1 枚作成してください。

第三者からの提出

(第三者に誓約書の遵守事項と趣旨を十分に理解していただくこと)

第 6 - 1

誓 約 書

貴 ○○○ 市町村・組合の国民健康保険の被保険者 国保 太郎 が受けた保険給付は、私の行為によるものですので、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職に支払うこと。①
- 2 被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、承諾を得ること。

なお、貴職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、貴職が保険給付の価額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。②

平成 26 年 2 月 15 日

誓約者 住所 ○○市○○町 2-15

氏名 国 保 次 郎

印

○○○ 市 町 村 長

国保組合理事長

○○○○○ 様

「誓約書」は、必ず原本を提出してください。

「誓約書」は、念書と同様に、保険者等の債権を確保するために加害者（第三者）に“誓約”してもらいうもので、その趣旨を説明して十分理解してもらうことが必要です。



- ・ 国民健康保険を使用して受診した場合、保険者（市町村）が治療費を一時立て替え払いする。
- ・ 国民健康保険を使用して受診した場合、給付した治療費について被保険者（被害者）に代わり損害賠償請求権を代位取得する。
- ・ 治療費を一時立て替えたものだから、後日第三者（加害者）が責任を負うものについては返還してもらう義務がある。

また、加害者（第三者）が「誓約書」の提出を拒否する場合は、誓約書の余白に理由を必ず付記してください。

（例）被害者の過失が大きい為に取得不可等

（例）加害者が応じないため取付不可等

なお、加害者（第三者）が複数の場合（共同不法行為）は、それぞれの加害者から誓約書を提出させることとなります。

- ① 加害者（第三者）に賠償義務のある被害者（被保険者）の医療費を保険者等が立て替え払いします。その額を保険者等に支払うことを確約するものです。
- ② 保険者等は、まず加害者（第三者）の自賠責保険等に請求します。
- ③ 誓約者は加害者（第三者）本人が署名・捺印してください。
加害者（第三者）本人が、未成年あるいは心神喪失者の場合は、親権者又は後見人が署名・捺印してください。