

第三者行為による被害届

被保険者(受給者)	保険種別	国保一般 ・ 退職(本人・家族)		
	証記号	証番号	受給者番号	
名前	フリガナ 年 月 日生 歳			
住所	〒 ー (電話) ー ー			
第三者	名前	フリガナ	勤務先 (電話) ー ー	
	住所	〒 ー (電話) ー ー		
	自賠償	有・無	保険	証明書番号
		契約者 名前	住所	
	任意	有・無	保険	証券番号
	車検証	所有者 名前	住所	
使用者 名前		住所		
		車両番号	車台番号	
事故概要	届出署	警察署	日時 年 月 日 午前 午後 時 分頃	
	場所			
	事故状況			
診療	病院名	初診日	年 月 日 入院・通院	
		国保等診療開始日	年 月 日 入院・通院	
		初診日	年 月 日 入院・通院	
		国保等診療開始日	年 月 日 入院・通院	
		初診日	年 月 日 入院・通院	
		国保等診療開始日	年 月 日 入院・通院	
上記のとおり届けます。 年 月 日 福山市長 様 住所 世帯主(受給者) 名前 (印)				

(注) 1 この届は、国民健康保険の被保険者が被害を受けた場合提出してください。
 2 事故状況は、できるだけ詳細に記入してください。
 3 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。
 ※ この届は、福山市市民局市民部保険年金課で保管します。

事故発生状況報告書

保険証明書番号	第	号	当事者	甲 第三者 (運転者)	名前	電話
自動車の番号			乙 被保険者 (受給者)	名前	電話	
天気	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	運転・同乗 歩行・その他
道路状況	舗装 してある してない	歩道(片・両)	ある ない	見通し	良い 悪い	
	平坦・坂		直線・カーブ		積雪路・凍結路	
信号又は標識	信号	有・無	点灯状況		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の状況を図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
						進行方向  横断歩道  自転車  相手車  一方通行  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ください。						

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係()

乙との関係()



※ この報告書は、福山市市民局市民部保険年金課で保管します。

第三者行為による任意保険の届

任意保険の会社名	
支店名と電話番号	支店 (電話) () —
支店所在地	県 市・郡 町
担当者名	
証券番号	
契約者名	
契約車両登録番号	

※ 第三者(相手方)が任意保険に加入している場合は、上記事項をもれなく記入してください。

自動車損害賠償保険(強制保険)については、様式第 1 号の自賠責欄に記入してください。

※ この届は、福山市市民局市民部保険年金課で保管します。

念 書

【事故年月日】 年 月 日【事故の場所】()において

【相手方の名前】()の不法行為により【被害者の名前】()

の被った交通事故等について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が第三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、福山市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し立てます。

また、福山市が保険給付の損害賠償金を請求するため、この交通事故等にかかる診療報酬明細書の写し及び届け出た書類の写しを保険会社等に提出することに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって福山市にその内容を申し出ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三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)をもなく、かつ遅滞なく福山市に届けること。

年 月 日

被保険者 住所 _____

名前 _____ (印)

福 山 市 長 様

※ この念書は、福山市市民局市民部保険年金課で保管します。

誓 約 書

福山市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(交通事故等)に基づくものですので、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福山市に支払いすること。
- 2 福山市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_____保険株式会社(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福山市が優先的に受領することに異議なく同意します。

年 月 日

誓 約 者 住所_____

名前_____⑩

連帯保証人 住所_____

名前_____⑩

福 山 市 長 様

記

保 有 者	住所			
	名前		証明書番号	
第 三 者 (運 転 者)	住所	※		
	名前	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住所			
	名前			

(注) 連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※印欄は、誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

※ この誓約書は、福山市市民局市民部保険年金課で保管します。

人身事故証明書入手不能理由書

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 ※ 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、人身事故の事実には相違ありません。			
<input type="radio"/> 当事者	住所： 〒 _____	記載日	年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____		
<input type="radio"/> その他 () 氏名：	_____		
※ 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	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	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	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	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	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。