

いずれか該当する
保険に○をする

第三者行為による被害届

記入例①

被 保 険 者 （ 受 給 者 ）	保険種別	国保 <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> (本人) <input type="checkbox"/> (家族) <input type="checkbox"/>			
	証記号	証番号	受給者番号		
	名前	フリガナ <input type="text"/> 国民健康保険証の番号を記入			
住所	福山市国民健康保険の被保険者の名前・住所等を記入		年 月 日生 歳		
第 三 者	名前	フリガナ <input type="text"/>	勤務先 <input type="text"/>	第三者が業務上で、 事故を起こした場合に記入	
	住所	事故の相手方の名前・住所等を記入 (事故証明に記載されている内容)		歳 <input type="text"/>	
	自賠償	有・無 <input type="checkbox"/>	保険 <input type="checkbox"/>	証明書番号 <input type="text"/>	事故の相手方の自賠償保険を記入 (事故証明に記載されている内容)
	任意	有・無 <input type="checkbox"/>	保険 <input type="checkbox"/>	証券番号 <input type="text"/>	相手方の任意保険情報を記入
	車 検 証	所有者 名前	<input type="text"/>	住所 <input type="text"/>	
		使用者 名前	<input type="text"/>	住所 <input type="text"/>	
	車両番号	<input type="text"/>	車台番号	<input type="text"/>	
事 故 概 要	届出 場所	事故を届け出た警察署，事故日・時間を記入		年 月 日 午前 午後 時 分頃	
	事故 状況	事故に遭った場所及び事故状況を記入			
	病院 名	事故による診療を受けた場合，受診した医療機関名・診療日を記入			
診 療		初診日	年 月 日	入院・通院	
				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 世帯主 (受給者) 住所			事故に遭われた本人ではなく、 世帯主の住所・名前を記入して、 押印をお願いします		
名前			⑧		

- (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 三 者 (運 転 者)	甲	名 前	電 話		
自動車の番号	被 保 険 者 (受 給 者)	乙	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	事故をされた時の、天候・道路の状況等 項目の該当するものに○をする		見通し 良い 悪い		
	平坦・坂			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。)					
	事故の現場付近の状況(道幅, 信号, 一時停止, 標識, 横断歩道等)及び甲車・乙車の動きと衝突地点を記入					
	進行方向	↑				
	横断歩道	↑				
	自 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()

**この報告書を書かれた方の
名前を記入し押印**



※ 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	※ この度の事故の相手方の任意保険会社等を記入		
支店名と電話番号	(電話) ()	支店	—
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。

様式第4号

念 書

※念書は福山市国民健康保険の被保険者であり、この度の事故に遭われた方が記入するものです

【事故年月日】 年 月 日 【事故の場所】

【相手方の名前】 ()の不法行為により【被害者の名前】()

の健康保険法による保険給付を受けた場合は、
 私 **※事故日・場所・相手の名前は
 事故証明に記載されています** 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

※ 福山市国民健康保険の該当者であり、この度の事故に遭われた方本人の住所・名前を記入し押印
 (未成年者の場合は親権者等の住所・名前を記入し押印)

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

※事故の相手方に必ず記入していただく書類です

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

名

連帯保証人 住

名

福山市長様

※誓約者：①様式1号で第三者の欄に記入されている方の住所・名前を記入し押印

②第三者が未成年者の場合は、親権者等が記入し押印

※連帯保証人：第三者と生計を共にしない方か、この度の事故で任意保険の対応があれば任意保険会社名・担当者名を記入し押印してもらって下さい

記

保有者	住所			
	名前			
第三者 (運転者)	住所	※	※保有者：この度の事故を起こした車の保有者を記入	
	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。

人身事故扱いにならなかった理由を選び、○印をご記入ください。

御中

扱いない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。
(扱いない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。)

- 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
- 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
- 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
- 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】
- その他（理由を具体的に記載してください。）
【理由】

相手側の署名または記名・押印の取り付けができない場合、その理由をご記入ください。

、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。

警察	担当官	届出年月日	年	月	日
(判明している場合)					

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

相手側の署名または記名・押印をお取り付けください。

■ 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

- 当事者 住所： 〒 _____ 記載日 _____ 年 月 日
- 目撃者 _____
- その他 () 氏名： _____

※ 該当する項目に ○印をしてください 電話： _____

いずれかに○印

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、人身事故の事実と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 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	

おけがをされた方が「乙」となります。

※ 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。