

第三者行為による被害届

被害者	被保険者 記号番号	13	被保険者名 (被害者名)	年 月 日生	世帯主 との続柄
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業 電話
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	日 時 場 所	年 月 日	午前 午後	時 分頃	
発病の原因又は 負傷時の状況					
疾病又は 負傷の程度	治療まで の見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円		
	国保による診療	年 月 日から	している	・ していない	
診療を受けた 療養取扱機関名	当 初		移 転 後		
自動車事故の 場合の加害自動車	自賠償保険 契約会社名		証明書番号	第	号
	契約者住所		契約者氏名		
	所有者住所		所有者氏名		
	登録番号又は 車両番号		車台番号		
	任意保険 (対人)の有無	有() ・ 無			
損害賠償に関する 交渉の経過					
上記のとおり届け出ます。					
年 月 日		届出者 住所 (世帯主) 氏名			
(宛先) 東金市長					

- 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（例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費や付添いの費用はどちらで負担する等）記入し、示談が成立した際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、その旨を記入してください。
 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

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

年 月 日

東 金 市 長

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号		13					
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ				生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏名				職業		
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	発 生 場 所						
	事故原因と状況						
	警察署等への届	届出済・未届	届出所轄署・保健所	警察署・保健所			
	事 故 の 区 分	けんか・ペットの噛みつき・食中毒・施設での事故 その他 ()					
第 三 者 (加 害 者) 関 係	加 害 者	住 所	電話				
		フリガナ 氏 名	年齢	歳	職業		
		責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()				
	監 督 責 任 者 所 有 者 使 用 者	住 所 (所 在 地)	電話				
名 称							
代 表 者							
加害者との関係		使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ()					

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

第三者(加害者)の賠償責任 保険・共済関係		保険会社等の名称		加入の有無	有・無
		保 険 期 間	年 月 日	電 話	
			年 月 日	担 当	
	契 約 者 名		証 券 号		
治 療 関 係	保 険 給 付 の 開 始 日	国 保による診療 年 月 日からしている			
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称				
	診 療 の 期 間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで
示 談	示談が成立した(年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定(月ごろ)・裁判の見込				
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金 額 又 は 品 名	受 領 年 月 日		

注1. 次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 事故発生状況報告書(交通事故以外) 1部
- 被害届受理番号自認書又は、咬傷届出書等の写し(必要に応じて事故を証明する書類) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ。) 1部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	東金市役所 国保年金課 国保給付係	担当者 () 電 話 (0475-50-1250)
-------	-------------------	---------------------------------

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し立て
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 第三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ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、取得、利用、または提供することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

※署名又は記名・押印

東 金 市 長

(注) 被保険者が未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

誓 約 書 (交通事故以外)

貴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貴殿に支払いすること。
- 2 損害賠償金について約定の期日までに支払うことができなかった場合は、その理由を貴殿に報告し、承諾を得ること。
- 3 貴殿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。
- 4 事故の原因や状況等の確認・調査に協力すること。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名 (印)

保証人 住 所
氏 名 (印)

東 金 市 長

記

加 害 者	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

事故発生状況報告書 (交通事故以外)

加害者 (第三者)		被害者 (被保険者)	
事 故	けんか ・ ペットの噛みつき ・ 施設での事故 その他 ()		
※事故の原因と状況をできる限り詳しく書いてください。	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>		
※上記説明の図を書いてください	<p>事故発生状況略図 (被害の状況を詳しく図示してください。)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>		

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者 (被保険者) : _____ 印

※署名又は記名・押印

被害届受理番号自認書

年 月 日の 事件・事故 に係る被害届の受理番号
は下記のとおりであることに間違いありません。

受理番号 _____

年 月 日

被保険者（被害者） 住所

氏名

電話