

第三者の行為による傷病届

年 月 日

(あて先)
福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

届出者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

次のとおり関係書類を添えて届出します。

保 険 者 番 号				被 保 険 者 番 号			
後期高齢者医療 被 保 険 者 名	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (才)		
	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 へ の 届	届 済 ・ 未 届 (いずれか○印)		届 出 所 轄 署		警察署	
	心 身 の 状 況	相 手 者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
受 給 者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
被 保 険 者 の 人 身 傷 害 補 償 保 険 に つ い て		有 ・ 無	損 保 名 [会社]		サービスセンター		
			担当者名 []		電話番号 []		

第 三 者 (相 手 者) 関 係	相 手 者	住 所						
		フリガナ			年 令	才	職 業	
		氏 名						
	保有者との関係		本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()					
	保 有 者 (所 有 者 ・ 使 用 主)	住 所 (所 在 地)						
		名 称						
		代 表 者						
		契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()					

第三者の 共済保険 関係	自賠責保険	保険会社(又は農協)				共済保険 証明書番号				
		共済 保険 契約者	住 所	電話						
			フリガナ			共済保険 期 間	自	年	月	日
		氏 名			至		年	月	日	
	相手者の自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー		車台 番号	
	任 意 保 険 (対人)の有無	有 ・ 無	契約保険 会社	保険会社(共済) 農業協同組合						サービスセンター
				電話番号 ()				担当者		
証券番号			第 号							

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度			治 療 終 了 日
				【 年 月 日 】
	医療機関の所在地・名称			
	診 療 の 期 間 (見 込 み 期 間)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
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) ・ 裁判の見込み			
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合	名 目	金額又は品目		受領年月日

- 注1 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。
- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
 - 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
 - 念書(同封の用紙に受給者側で記入) 1部
 - 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
 - 同意書(同封の用紙に受給者側・相手者側それぞれで記入) 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時までわからないこと(第三者関係など)があれば、空白のまま提出し、判明次第追って連絡してください。
- 3 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出してください。
- 4 詳しいことは、下記にお尋ねください。

連 絡 先	課	係	担当者() 電 話 ()
-------	---	---	-------------------

事故発生状況報告書

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 (相手者)	氏名		乙 (被保険者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> 甲車 甲車以外 </div>
速 度	甲車 Km/h (制限速度 Km/h) 甲車以外の車 Km/h (制限速度 Km/h)						
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側 (m) 甲車以外の車側 (m)			
信号又は標識	信号 (有 ・ 無) 一時停止標識 (有 ・ 無) その他標識 ()						
事故現場における自動車と被保険者との状況を図示して下さい。	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)</p> </div> <div style="text-align: right;"> <div style="margin-bottom: 10px;">自動車 甲 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">乙 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">進行方向 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">信 号 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">一時停止 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">人 間 </div> <div>自 転 車 オートバイ </div> </div> </div>						
上記図の説明を書いて下さい。							

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	住所	氏名	(電話)

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

署名又は
記名・押印

氏 名 _____

念 書（兼 同意書）

事故発生年月日	年	月	日
被保険者氏名		相手者（第三者）氏名	
事故発生場所			

[確認事項]

- 1 上記事故に関して、私が相手者（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定によって福岡県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)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（以下「求償事務」という。）。
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、高齢者の医療の確保に関する法律の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して広域連合に支払われること。

[同意事項]

- 2 上記事故に関して、広域連合及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1)保険事故に関する損害賠償請求権行使(高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項)の資料として、診療報酬明細書等の写しを広域連合及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用することに同意します。
- (2)保険事故により受診した保険医療機関等から、広域連合及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けることに同意します。
- (3)保険会社等から受けた金品の内訳及び損害賠償額の基礎となる書類、情報について、相手方から広域連合及び国保連合会が情報を受けることに同意します。

[遵守事項]

- 3 上記事故に関して、私が高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1)治療が完了したときは、必ず広域連合に申し出ること。
- (2)保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって広域連合にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
- (3)相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく広域連合または国保連合会に届けること。

年 月 日

住 所

氏 名

署名又は
記名・押印

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

（注）被保険者が法律行為を制限されている場合は、
法定代理人の方が署名してください。

【被保険者提出用】

【後期高齢者医療用】

同 意 書

年 月 日 (場所：) において、
私 () の不法行為により 福岡県後期高齢者医療被保険者
() が被った損害のうち、高齢者の医療の確保に関する法
律の規定により医療給付がなされた場合は、その医療給付額を限度に、私が行
う自動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して 福岡県後期高齢者医療広域
連合に支払われることに異議なく同意します。

年 月 日

相手者

住所

氏名

署名又は
記名・押印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

(代表者名)

署名又は
記名・押印

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

【相手者提出用】

【 後期高齢者医療用 】

誓 約 書（相手者側）

福岡県後期高齢者医療広域連合の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療給付は、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. 医療給付額確定時に損害賠償金を福岡県後期高齢者医療広域連合に支払うこと。
2. 相手者と示談を行うときはあらかじめ条件を福岡県後期高齢者医療広域連合に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため_____保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から福岡県後期高齢者医療広域連合が、医療給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

福岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被保険者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名又は記名・押印すること。

人身事故証明書入手不能理由書

■ 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。 ※ 複数の該当する場合は、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。） <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div> <input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） <div style="border: 1px dashed black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
◆ 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、関係者の署名もしくは記名・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 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他（ ） ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 _____ 記入日 年 月 日 氏 名 _____ 電 話 ()

(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 { <div style="border: 1px solid black; height: 30px; display: inline-block; width: 90%;"></div> }		

【 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	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
	丙	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	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
	丁	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	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
	戊	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	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

※ 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。