

## ～第三者行為に関する書類の提出について～

交通事故や傷害行為などの第三者の行為による怪我などで、国民健康保険の資格を使用して医療機関を受診するときは、届け出が必要です。下記をご確認の上、必要書類を提出してください。

### 1. 提出書類

「3. 提出書類の記入方法など」を参照の上、次の書類を提出してください。

- ①第三者行為による傷病届（事故発生状況報告書）
  - ②同意書（被害者側）
  - ③誓約書（加害者側）
  - ④その他、届け出の内容を補足する書類（事故現場の写真や診断書などがあるとき）
- ※㊦㊧㊨㊩の医療証を使用する場合、別途、手続が必要となります。

### 2. 書類の提出先

〒197-0814 あきる野市二宮350番地  
あきる野市市民部保険年金課国民健康保険係  
電話 042-558-1111（代表）

### 3. 提出書類の記入方法など

- ①第三者行為による傷病届（事故発生状況報告書）
  - ・被害者欄は、事故原因や過失割合の大小に関わらず、国民健康保険証を使用して医療機関を受診する方を記入してください。
  - ・加害者欄は、事故の相手を記入してください。なお、加害者が不明の場合は、加害者が不明のとき欄に状況を記入してください。
  - ・事故の状況欄は、事故発生年月日、発生場所及び事故の状況を記入してください。
  - ・被害の状況欄は、負傷の部位や程度などを記入してください。また、診療見込期間などが分かれば記入してください。
  - ・診療を受けた医療機関の名称欄は、受診した又は受診予定の医療機関の名称を記入してください。
  - ・届出者は、世帯主の氏名を記入してください。
- ②同意書（被害者側）

市が行った保険給付（医療費の支払いなど）について、加害者（保険会社）に対して損害賠償請求すること、加害者（保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、請求資料として診療報酬明細書等を保険会社等に提出することへの同意書です。
- ③誓約書（加害者側）

市が行った保険給付（医療費の支払いなど）について、加害者に対して損害賠償請求することに関しての加害者側の同意書です。加害者に記入してもらってください。なお、加害者に依頼できない場合には、市の担当者にご相談ください。

（裏面に続く）

④その他、届け出の内容を補足する書類（事故現場の写真や診断書などがあるとき）

上記の各書類のほか、事故現場の写真や医師の診断書など、届け出の内容を補足する書類がお手元にありましたら添付してください。また、医療費の負担割合などに関して示談等を行っているときは、示談書等の写しを添付してください。

# 第三者行為による傷病届

(交通事故以外用)

## (事故発生状況報告書)

被害者	被保険者記号番号	49-			種別	一般 退職本人 退職被扶養		
	氏名				年 月 日			世帯主との続柄
					個人番号			
加害者	氏名				年 月 日			
	住所				電話			
	職業							
	加害者が不明のとき (理由・状況を詳しく)							
事故の状況	発生日年月日	年 月 日			午前・午後	時	分頃	
	発生場所							
	発病の原因 又は負傷時の状況							
被害の状況	疾病又は負傷の程度	初診年月日	年 月 日					
		国保診療	年 月 日から			年 月 日まで		
		診療見込期間				日間 月間		
診療を受けた医療機関の名称		Tel ( )						
備考								
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 氏名 電話 ( )</p> <p>あきる野市長 殿</p>								

あきる野市 御中

## 同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令（注1）により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者（注2）が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

届出者（被保険者）

住所

氏名

（自筆による署名又は記名押印のいずれかとしてください）

（注1）各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

（注2）国民健康保険および後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

# 誓約書

(加害者側)

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（交通事故、傷害事件）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します。

1. 保険給付確定時に過失割合に応じて損害賠償金（国民健康保険給付分）を貴職に支払いをすること。
2. 上記1の支払いに充てるため\_\_\_\_\_保険株式会社（共済農業組合）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貴殿が優先的に受領することを承認し、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。

年 月 日

誓約者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

あきる野市 御中

記

事故発生年月日	年 月 日		
事故発生場所			
被害者	住 所		
	氏 名		
保有者	住 所		
	氏 名		
加害者	住 所		
	氏 名		
※加害者と誓約者との関係		自賠償（共済） 証明書番号	

※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。