

第三者行為に関する書類の提出について

交通事故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
 - ②事故発生状況報告書
 - ③同意書（被害者側）
 - ④誓約書（加害者側）
 - ⑤交通事故証明書（自動車安全運転センター発行）
 - ⑥人身事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書の種別が「人身事故」でないとき）
 - ⑦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
 - ・被害者欄は、事故原因や過失割合の大小に関わらず、国民健康保険の資格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、事故の相手車両の運転者を記入してください。なお、単独事故を起こした車両の同乗者が被害者のときは、運転者が加害者となります。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。また、交通事故の場合は、加害者の加入する自賠責保険及び車両の状況、任意保険の加入状況を記入してください（任意保険の担当者が分かるときは、その連絡先も記入してください。）。
 - ・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事故発生状況報告書
 - ・保険証明書欄は、加害車両の自賠責保険の証書番号を記入してください。
 - ・自動車の番号欄は、加害車両の番号（例：八王子〇〇 は △△△△）を記入してください。
 - ・当事者欄は、甲に加害者、乙に被害者を記入してください。

（裏面に続く）

- ・天候、交通状況などの各欄は、それぞれの状況に○をしてください。
- ・事故発生状況略図欄は、加害者及び被害者の状況（衝突時の位置、進行方向など）、道路状況（車線、停止線、信号の位置や状況など）、周囲の店舗や施設の状況など、事故現場の状況を記入してください。
また、図の説明及負傷の程度欄に、事故状況及び負傷状況を記入してください。
- ・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。
- ・報告者欄は、報告者の氏名、当事者との関係などを記入してください。

③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。

④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（保険会社）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、保険会社又は市の担当者にご相談ください。交通事故の場合、加害者に代わり加害者側の任意保険会社の代理署名でも結構です。

⑤交通事故証明書（自動車安全運転センター発行）

交通事故の場合、交通事故証明書を添付してください。証明書は、最寄りの自動車安全運転センター（東京都では、警視庁鮫洲運転免許試験センター内にあります。）に申請してください。申請は、郵送又はセンターのホームページからも申し込むことができます。申請用紙は、センター事務所のほか、警察署、交番、駐在所などに備え付けてあります。詳しくは、センターのホームページ又は警察署などでご確認ください。なお、任意保険で対応しているときは、保険会社で対応できる場合がありますので、保険会社にご相談ください。

⑥人身事故証明書入手不能理由書（交通事故証明書の種別が「人身事故」でないとき）

交通事故の場合、「人身事故扱い」の交通事故証明書が必要となりますが、被害の程度が軽微であるときなどでは、証明書の種別が「物件事故扱い」となる場合があります。「人身事故扱い」の証明書が入手できなかったときは、人身事故の事実確認のために加害者、目撃者等の確認が必要となりますので、理由書を添付してください。

⑦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すら添付してください。

第三者行為による傷病届

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者記号番号 / 保険者名	被保険者記号番号	保険者名 あきる野市	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	世帯主氏名	ふりがな 氏名		
(被害者)	氏名 / 年齢	ふりがな 氏名	歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
	備考			
(第三者)	氏名	ふりがな 氏名		
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険(加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
		〒	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無 有 / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
〒		TEL ()		
所在地	〒	入院の有無 有 / 無		

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)

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。