

交通事故による傷病届

被保険者等	フリガナ		生年月日		年 月 日生()歳	
	氏名		性別		男・女	世帯主との続柄
	住所		長野県		電話番号 () —	
	被保険者証番号・番号		心身の状況		正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()	
	事故発生場所		事故発生日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	傷病名及び傷病の程度		治療の見込		入院 日	通院 日
	保険医療機関等名		治療等期間		費用 円 終了 年 月 日 ～ ～ ～	
相手方(第三者)	フリガナ		生年月日		年 月 日生()歳	
	氏名		性別		男・女	職業
	住所		電話番号		() —	
	心身の状況		正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()			
	車両所有者との関係		1. 本人(事故当事者と車両所有者が同じ場合) 2. 本人以外(親族・従業員・その他())			
	自賠契約者との関係		1. 本人(車両所有者欄への記載は不要です) 2. その他()			
	会社名		住所			
	氏名		電話番号		() —	
	自賠責保険		有・無	第 号	電話番号 () —	
	会社名		契約期間		自 年 月 日	至 年 月 日
	任意保険		有・無	第 号	電話番号 () —	
支店サービスセンター		担当者				

上記のとおりお届けします。

_____年 _____月 _____日

住所 _____

電話 () _____

※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載

長野県医師国民健康保険組合理事長 様 氏名 _____ (印)

- ※ 次の書類を添付してください。
○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ
- ※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。
- ※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。
- ※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

事故発生状況報告書

交通事故証明書に補足して下記のとおり報告します。(※甲乙は交通事故証明書の記載欄と同じにする。)
 ()の事項は、おおよその数値を記載又は該当するものを○印で囲んでください。

氏名	甲	※交通事故証明書「甲」欄の氏名		乙	※交通事故証明書「乙」欄の氏名	
車両等情報	甲車	種別：自動車・バイク・自転車・歩行		甲以外車外	種別：自動車・バイク・自転車・歩行	
		状況：運転・同乗・その他()			状況：運転・同乗・その他()	
		時速： km(制限速度 km)			時速： km(制限速度 km)	
道路状況及び交通状況	天候	晴・曇・雨・雪・霧		歩道	有(両側・片側)・無	
	状況	混雑・普通・閑散		中央線	有(白線・黄線)・無	
	明暗	明け方・昼間・夕方・夜間		信号	有・無	
	標識	一時停止(有・無) / 駐車禁止(有・無) / その他()				
	見通し	良・悪		その他		
事故現場における甲乙の状況を图示してください。	○事故発生状況略図(道路幅をmで記載してください。)					
上記図の説明を詳細に記載ください。	_____ _____ _____ _____ _____ _____					

_____年 _____月 _____日

報告者 甲との関係 (_____) 住所 _____
 乙との関係 (_____) 氏名 _____ (印)

念 書

_____年 _____月 _____日に _____が交通事故で被った

① 国民健康保険法
保険事故について、 2. 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たときは、
3. 介護保険法

① 国民健康保険法第64条第1項
2. 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項 の規定により、保険給付の限度内において
3. 介護保険法第21条第1項

貴職が相手方(第三者)(以下「第三者」という。)に対する損害賠償請求権を代位取得のうえ行使し、かつ、賠償金を受領することに異議のないことを書面にて申し立てます。

また、損害賠償請求権の行使にあたり、保険金(共済金)の支払・保険契約内容等の調査を実施し、当該交通事故治療にかかる診療報酬明細書・調剤報酬明細書・介護給付費明細書等保険者の保険給付内容を証明する書類を、第三者が加入する自動車損害賠償責任保険(責任共済)会社及び任意自動車保険会社に、賠償金の請求についてのみ使用することに同意します。

なお、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 自動車損害賠償責任保険金
1. 保険給付額の限度内において 2. 自動車損害賠償責任共済金 を貴職が優先して
3. 任意自動車保険の対人賠償保険金

受領されることに異議を述べないこと。

2. 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、承諾を得ること。
3. 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
4. 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)を漏れ無く、かつ遅滞無く貴職に届け出ること。
5. 上記のほか保険者長が連絡を求めた件について事実が発生したときは、速やかに届け出ること。

_____年 _____月 _____日

長野県医師国民健康保険組合理事長 様

誓約者 住所 _____

誓約者との関係

法定代理人 氏名 _____ (印)

誓約書

長野県医師 _____ 1. 市・町・村 ①. 国民健康保険被保険者
②. 国保組合 の 2. 後期高齢者医療被保険者
3. 広域連合 3. 介護保険被保険者

_____ 様が受けた保険給付は、私の _____ 年 _____ 月 _____ 日の
不法行為(交通事故)に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは ①. 国民健康保険給付分
2. 後期高齢者医療給付分 に限り、何人に対しても
3. 介護保険給付分
示談の効力を主張しないこと。
3. 上記 1. の支払に充てるため、 1. 保険株式会社(相互)会社 に対して有する
2. 共済農業協同組合
1. 自動車損害賠償責任保険 1. 保険金
2. 自動車損害賠償責任共済 から受けるべき 2. 共済金 の保険給付額を限度
3. 任意自動車保険の対人賠償保険
として、貴職が優先的に受領することを承諾し、優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。
4. 自賠法第15条請求により保険金(共済金)等を請求する場合は、貴職にも連絡すること。
5. 関連自動車損害賠償責任保険会社(責任共済の共済責任を負う協同組合)に対しての契約内容の確認・
保険金(共済金)支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

長野県医師国民健康保険組合理事長 様

誓約者 住所 _____
氏名 _____ ⑩

法定代理人 住所 _____
氏名 _____ ⑩

誓約者との関係 _____