

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証記号番号 23 - -		個人番号 (マイナンバー)																
	氏名		昭和・平成・令和 年 月 日生																
	被害者事故時 仕事中・通勤中・それ以外																		
第三者	氏名		使保 用護 者者	名称															
	住所			所在地															
	職業			担当者															
	電話			電話															
第三者との関係 知人・仕事関係者・他人・同居家族・その他の親族・その他																			
事故被害状況	発生日時		年 月 日		午前・午後		時 分頃												
	発生場所																		
	原因・状況																		
	傷病名				保険診療開始 年 月 日														
	警察への届出				年 月 日に		警察へ届出												
病院名	当初																		
	転院																		
損害賠償請求状況	治療費等の自己負担(該当項目に 印と理由・金額を記入してください)																		
	1 負担していない・・・その理由 _____																		
	2 負担しているが・・・請求金額 _____																		
	ア 請求予定・請求済・受領完了																		
	イ 請求した(い)が応じてくれない・・・その理由 _____																		
ウ どこにも請求できない、しない 《その理由》 自分の過失・同居の家族 損害賠償義務免除・示談済 のため																			
その他参考事項																			
上記のとおり届け出します。																			
令和 年 月 日																			
江戸川区長 殿														受 付 印					
住所																			
被害者世帯主 氏名														印					
電話 - -																			

* 添付書類 交通事故証明書・示談済の場合は示談書(いずれもコピーで可)

国及び江戸川区 御中

同 意 書

私が第三者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定により、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)が損害賠償額の支払の請求を第三者又は第三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等の写しを添付することに同意します。

なお、保険者が損害保険会社等に対して保険金支払の有無及び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と、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けるとに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が第三者又は第三者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に必要な情報を提供した上で照会を行い、その照会内容について情報提供を受けると、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還す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 第三者（保険会社・共済団体を含む）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を貴職に申し出ること。
- 2 第三者（保険会社・共済団体を含む）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者（保険会社・共済団体を含む）から金品を受けたときは受領日、内容、金額を漏れなく、速やかに貴職に申し出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を貴職に報告すること。

令和 年 月 日

住 所

被害者氏名

印

保護者氏名

印

(注) 国民健康保険法第 64 条第 3 項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又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む。

事故発生状況報告書

記号番号 23 - -

甲の自賠責保険番号	第	号	当事者	甲 (第三者)	氏名
甲の自動車の番号					電話
事故発生日時：				乙 (被害者)	氏名
年 月 日 午前・午後 時 分頃					電話
			事故時の状態	運転・同乗・歩行・その他	

事故発生場所

信号・標識等 信号： ある・ない 一時停止標識： ある・ない その他の標識

速度 甲車 km/h(制限速度 km/h) 乙車 km/h(制限速度 km/h)

事故の発生状況を略図で示してください(道路幅をmで記入してください)

事故現場の状況												

自 車



相手車



進行方向



信号



一時停止



人間



バイク車



接触地点



上記図の説明を書いてください

別紙交通事故証明に補足して、上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 () 印
乙との関係 () 印

相手方が加入している対人賠償保険（自動車保険・自転車保険・個人賠償保険・ペット保険等）をご記入ください。自賠償保険は交通事故証明書で確認しますので下記には記入しないでください。

第三者（相手）の賠償保険加入状況連絡票

保険会社名	
会社所在地	
担当部署	
電話番号	
担当者名	

江戸川区長 殿

令和 年 月 日

上記のとおり、相手方加入の賠償保険を連絡します。

氏名 _____ 印 _____

（記入例）

第三者（相手）の賠償保険加入状況連絡票

保険会社名	江戸川損害保険株式会社
会社所在地	江戸川区中央 1-4-1
担当部署	東東京損害サービスセンター
電話番号	03-1234-5678
担当者名	東京 太郎