

第三者行為による傷病届

令和 年 月 日

新見市長

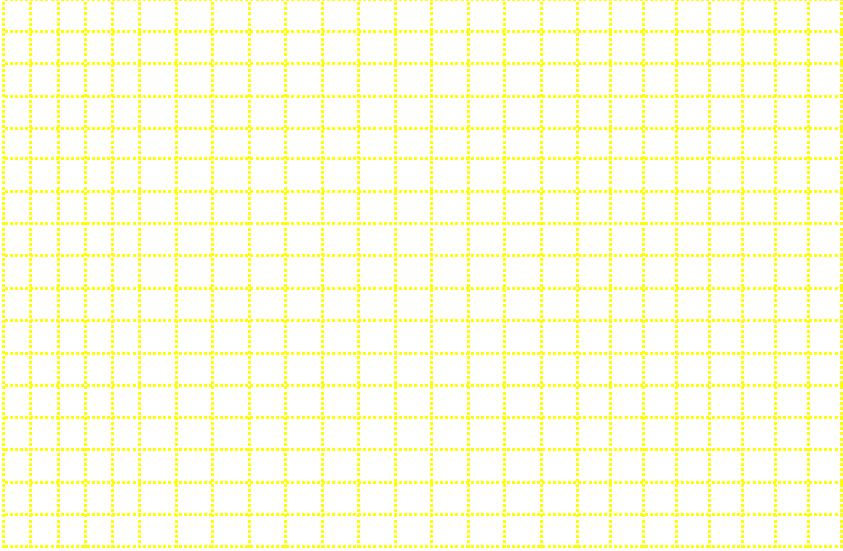
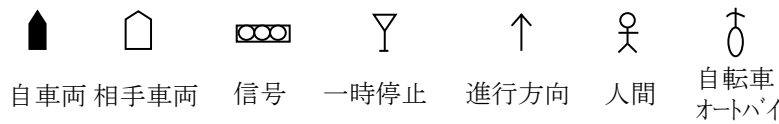
殿

世帯主 住所

氏名

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定によりお届けします。

個人番号(12桁)																被保険者証 の記号番号	岡10-
傷病者	氏名											世帯主との続柄	住所				
	(昭和・平成 令和 年 月 日生)												TEL () -				
第三者	相手方(運転者)氏名											職業	住所				
													TEL () -				
	雇用主(車の所有者)名称及び氏名											所在地又は住所	TEL () -				
負傷の状況	負傷した日時	平・令 年 月 日 午前 午後 時 分頃										負傷した場所					
	負傷の原因 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()											負傷の程度(傷病名)					
治療の状況	診療を受けた医療機関名											診療の期間					
												年 月 日 ~ 年 月 日					
												年 月 日 ~ 年 月 日					
治療にあたっては、国民健康保険を 年 月 日から使用している。																	
第三者の自動車保険等	自賠責保険(共済)契約会社名											証明書番号					
												第 号					
	契約者氏名											契約者住所					
												TEL () -					
任意保険(対人)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名											担当者名	TEL () -				
	交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無																
	保険の名称											証券番号					
会社名											担当者名	TEL () -					
示談状況	<input type="checkbox"/> 示談成立(年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 成立していない																
※ 交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください。																	

事故発生状況	現場見取図(道路幅をmで記入してください)	天候 <input type="checkbox"/> 晴れ <input type="checkbox"/> くもり <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧
		交通状況 <input type="checkbox"/> 混雑 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散
		道路状況、信号、標識等 ① 道路 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 凍結路 ② 歩道 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ③ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ④ 信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ⑤ 一時停止標識又は標示 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ⑥ その他標識等 ()
		速度 ① 自車両 約 km/h (制限速度 km/h) ② 相手車両 約 km/h (制限速度 km/h)
 自車両 相手車両 信号 一時停止 進行方向 人間 自転車 オートバイ	状況説明	

念 書

上記、第三者行為による傷病届で届け出た保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、国民健康保険法第64条第1項の規定によって、保険者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に異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、この保険事故の保険給付にかかる損害賠償金の請求及び損害調査のため、次の1から5までの事項を行うにあたり、保険者又は岡山県国民健康保険団体連合会が、届け出た書類及び診療報酬明細書の写しを、必要とする範囲で利用又は提供することに同意します。

- 1 加害者又は保険会社(自賠責保険(共済)会社、任意保険(共済)会社等)への損害賠償金の請求
- 2 診療を受けた医療機関等へ診療状況等を照会し、回答を受けること
- 3 自賠責保険(共済)会社へ損害賠償金の支払状況等を照会し、回答を受けること
- 4 加害者又は任意保険(共済)会社との損害賠償金額算定のための交渉及び算定根拠資料の授受
- 5 検察庁等から実況見分調書等の事故状況資料を入手し、加害者等との交渉に利用又は提供すること
また、あわせて次の6から8までの事項を遵守することを誓約します。
- 6 加害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ること
- 7 加害者に白紙委任状を渡さないこと
- 8 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること

令和 年 月 日

住所

氏名

傷病者との関係：本人 世帯主 親権者 後见人 その他()

新見市長

殿