

第三者行為による傷病届			
項目		内容	
届出書・届出先	被保険者証記号番号/保険者名	那珂一 〇〇〇〇〇〇	那珂市
	保険者の住所(届出先)	〒311-0192 那珂市福田1819-5	
	被保険者氏名	那珂 太郎 ※世帯主となります。	
被害者 (受診者)	氏名/性別/年齢	那珂 太郎	男性/女性 30歳
	続柄/生年月日	本人	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所/電話	那珂市福田1819-5	298-1111
	備考		
加害者 (第三者)	氏名/性別/年齢	国保花子	男性/女性 30歳
	住所/電話		
発生 事故	事故発生日時	〇〇年〇〇月〇〇日 午後〇〇時〇〇分頃	
	事故発生場所	〇△×〇	
自賠責保険 (加害者)	保険会社名	〇×△× 保険株式会社	
	保険契約者名	国保花子	
	登録番号	水戸 580 西 1111	
	車台番号	L123S-456789	
	保険期間/自賠責番号		
任意保険 (加害者)	保険会社名	〇〇×× 保険株式会社	
	取扱店所在地/電話	〇〇〇-〇〇〇〇	
	担当者/E-mail	菅谷 二郎	
	保険契約者名	国保花子	
	住所		
	保険期間/契約番号		
任意対人一括の有無			
被害者加入の保険会社関与の有無			
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	A 病院	〇〇年〇〇月〇〇日 治療開始 〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地		
	診療機関名/治療開始日/電話	B 接骨院	〇〇年〇〇月〇〇日 治療開始 〇〇〇-〇〇〇〇
	所在地		

様式第30号の2 (第40条関係)

※自動車事故以外の場合

第三者行為による傷病届

被害者 (受診者)	被保険者証 記号番号	那珂一〇〇〇〇〇〇	保険者名	那珂市	
	氏名	那珂	太郎	続柄	本人
加害者 (第三者)	氏名	国保	花子	職業	〇〇
	住所	那珂市福田1819-5		電話番号	298-1111
加害者の使用者・監督義務者等	氏名		第三者との関係		
	住所		電話番号		
傷病の発生	日時	〇〇年〇〇月〇〇日 午後〇〇時〇〇分頃			
	場所	〇×△□			
傷病の程度	具体的に記入してください。(骨折・ねじ・打撲等)				
国民健康保険による診療	〇〇年〇〇月〇〇日から診療を受けている				
診療を受けた保険医療機関等(接骨院などすべて)	かからず病院名を記入				
傷病の原因又は状況	具体的に記入してください				
損害賠償に関する交渉の経過					
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届け出ます。					
〇〇年〇〇月〇〇日 住所 那珂市菅谷1234					
世帯主氏名 那珂太郎					
電話番号					
(印)					
那珂市長 様					

事故発生状況報告書

相手の
自賠責

相手の
十バ

保険証明書番 号	第 〇〇〇〇 号	当 事 者	*相手 甲 (加害運転者)	氏名 国保 花子 (電話) 298-1111	
自動車の番号	水戸580あ / 1111		*自分 乙 (被害者)	氏名 那珂 太郎 (電話) 298-0000	運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道 路 状 況	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 <input checked="" type="checkbox"/> 両・片	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦・坂	見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪路	凍結路	
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他の標識	
速 度	甲車両 km/h (制限速度 km/h), 乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者 との状況を図示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください) 右下の記号を使って、具体的に記入して下さい。				
	<div style="float: right;"> 甲 車 ▲ 乙 車 △ 進行方向 ↑ 信 号 ☐ 一時停止 ▽ 人 間 人 自 転 車 ○ オートバイ ⊕ </div>				
上記図の説明を 書いて下さい。	具体的に記入して下さい。				

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

〇〇年〇〇月〇〇日

報告書 甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

那珂 太郎 (印)

念 書

※加害者氏名 = 相手

〇〇年〇〇月〇〇日 (事故のあった場所) において (国保 花子) の不法行為により (*被害者氏名 = 自分 那珂 太郎) の被っ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項及び市 (町村) 医療福祉費支給に関する条例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、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 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。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害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) をもれなく、かつ、遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 本件保険事故について、貴職または貴職から求償事務の委託を受けている茨城県国民健康保険団体連合会が損害賠償請求権を行使するに当たって、私の個人情報を取得、利用すること及び請求資料として診療報酬明細書 (写) 等の提出、自賠償保険への残額の調査等について同意します。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 那珂市菅谷1234
氏 名 那珂 太郎



市 町 村 長 殿
国保組合理事長