

(様式第4号-1)

※ 被害者の過失が大きい場合であっても、負傷した被保険者はすべて被害者となります。(被保険者が追突した場合であっても被害者です。)

被害者作成

第三者行為による被害届

※ 負傷した時点または、国保により診療を開始した時点の記号番号を記載する。

負傷した被保険者の国保における世帯主との続柄

被害者		フリガナ コク ホ タ ロウ		世帯主との続柄	国 退 老 後
		氏 名 国 保 太 郎			被保険者証記号番号
		明・大・昭・平 25 年 5 月 1 日生 (○歳)			老人保健受給者番号
第三者	本人	住 所	電話		1234(56)7890
		フリガナ氏 名	被保険者の過失が大きい場合であっても、相手がすべて加害者となります。		40 年 7 月 3 日生
	使用者	住 所 住 名 称 代表者名	加害者が業務中に起こした事故の場合に記載する。		
事故の状況	発 生 日 時	平成 25 年 7 月 1 日	午前午後	3 時 30 分頃	
	発 生 場 所	〇〇市 AB 町〇〇			
	原 因 ・ 状 況	青信号の横断歩道を被害者が徒歩で横断中、右折してきた加害車と衝突した。			
診療関係	傷 病 名	具体的傷病名を記載する。国保(老人保健)による診療を開始した年月日を記載する。	初 診 日	平成 年 月 日	
	治癒までの見込み	入院 日 通院 日 費用 円	国保(老健・後期)開始日	平成 年 月 日	
	保険医療機関	住所 名称	診療を受けた医療機関名を記載する。当初又は転医後において自由診療の場合であってもすべて記載し自由診断等の場合はその旨記載する。		
損害賠償関係	示談等の交渉状況		届出時点での示談成立状況と損害賠償額が記入されているか点検する。なお、示談が成立していれば、示談書の写しの提出を求める。		
	自賠責保険	保 險 会 社 名	加害自動車の保険関係	電話	担当者
		契 約 者 名	を記載	証明書番号	
		保 有 者	住所 氏名	加害自動車関係を記載	
	任意保険	保 險 会 社	住所 名称	電話	担当者
		証 券 番 号	加害自動車の保険関係を記載	保険期間	
		契 約 者 名			

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

届出年月日 届出者の住所・氏名・捺印

保険の有・無は重要

住所
氏名

印

様

(注) 被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

※ 国民健康保険(高齢者医療保険)が、加害者(怪我をさせた人)に代わって一時的に医療費を立替えていることを理解してもらって下さい。

(様式第5号)

第三者傷害基本調査書（自動車事故）

事故発生年月日		平成 25 年 7 月 1 日		午前 午後	3 時 30 分頃	
事故発生場所		〇〇市 AB 町〇〇				
自 賠 責 保 険	保 險 会 社 名		相手加害自動車の契約する自賠責保険の契約会社及び共済			
	証 明 書 番 号		自賠責保険の証明書番号			
	保 險 契 約 者	住 所	相手加害自動車の契約する			
		氏 名	自賠責保険の契約者の住所・氏名			
	自 動 車	種 別				
		都 道 府 県 名				
		登録又は車両番号	相手加害自動車の登録番号又は車台番号、不明の場合無記入			
		車 台 番 号				
	保 險 期 間	相手加害自動車の契約する自賠責保険の期間				
		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		午前 12 時 か月間		
保 有 者	住 所	相手加害自動車の保有者の				
	氏 名	住所・氏名				
運 転 者	住 所	加害運転者の				
	氏名性別及び年令	住所・氏名 男・女 歳				
	保有者との関係					
任 意 保 険	有 無		有 無			
	保 險 会 社 名		※ 任意保険（対人）の有無 相手加害者又は加害自動車の契約する対人賠償の任意保険がある 場合有に○をし、当該任意保険会社・共済等の名称及び窓口サービ スセンター等の住所及び担当者を記載する。 契約がない場合には無に○をする。			
	証 券 番 号					
	保 險 契 約 者	住 所				
		氏 名				
保 險 期 間		相手加害自動車の契約する任意保険の期間				
		自平成 年 月 日 至平成 年 月 日		午前 12 時 か月間		
備 考		任意保険担当者				

(様式第6号)

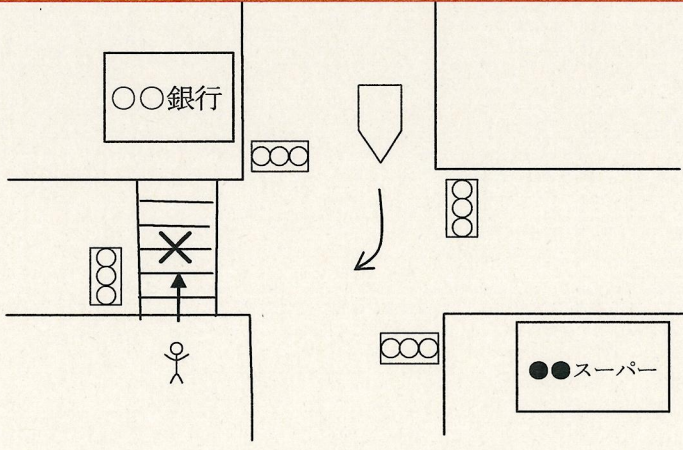
※ 速度

事故時の甲車（相手車）及び乙車（自車）のおおよその速度及び当該道路の制限速度を記載する。

※ 天候・交通状況・道路状況等事故時の該当する状況に○をする。

被害者作成

事故発生状況報告書

甲 第三者名	甲（加害運転者） 相手車又は同乗車両の運転者の氏名 被保険者の過失が大きい場合であっても、相手がすべて加害者となります。	乙 被保険者 受給者	乙（被害者） 被害者（被保険者）名	運 転・同 乗 歩 行・その他	
速 度	甲車 km/h（制限速度 km/h）、甲車以外の車 km/h（制限速度 km/h）				
天 候	晴・曇・雨・雷・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 してある ・ 歩道（両・片） あ る ・ 直線・カーブ してない な い				
	平坦・坂・見通し 良 い ・ 積雪路・凍結路 悪 い				
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）				
	※ 事故現場における自動車と被害者（甲車と乙車）との状況を図示する。 ※ あくまでも、自車を乙車とし相手車を甲車として、現場付近の道路やその他の状況（信号、一時停止標識、一方通行標識、横断歩道、歩道、ガードレールなど）のほか、必要に応じ、建物や障害物を記載する。  自 車 相 手 車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 人 間 自 転 者 オートバイ				
上記図の説明を 書いてください	・ 午後 3 時 30 分 ごろ、国道を青信号で横断中に右折してきた甲車と衝突、負傷した。				
	・ 天気はよかった。				
※ 当様式の記載者の署名及び捺印とし、甲又はいずれかとの関係を記載する。 ※ 当様式においては、保険者の担当者が被保険者より状況等を聞き取り記載しても差し支えない。この場合報告者は保険者の担当者とし、担当者の捺印をし乙との関係に代理人と記載する。					

平成 年 月 日

報告者

甲との関係（ ） 氏名 印

乙との関係（ ） 氏名 印

※ この報告書は、過失割合を判断（認定）する場合の基礎となる書類であるから、必ず事実に基づき公正に作成するよう指導する。この報告書は加害者、被害者側のどちらが作成してもよいが、双方の主張が食違う場合は双方に提出を求める。

事故発生状況報告書作成時のチェックポイント票

区 分	報告書作成時のチェックポイント
形 態	○被保険者の形態 (☐ 運転 ☐ 同乗 ☐ 歩行 ☐ その他)
速 度	○相手車 Km/h (制限速度 Km/h) ○相手車以外の車 Km/h (制限速度 Km/h)
天 候	☐ 晴 ☐ 曇 ☐ 雨 ☐ 雷 ☐ 霧 ○道路積雪 (☐ 有～ Cm ☐ 無) ○道路凍結 (☐ 有 ☐ 無)
交通状況	☐ 混雑 ☐ 普通 ☐ 閑散
道路明暗	☐ 昼間 ☐ 夜間 (照明～ ☐ 有 ☐ 無) ☐ 明け方 ☐ 夕方
道路状況	○舗装 (☐ 有 ☐ 無) ○歩道 (☐ 両側・ ☐ 有 ☐ 無、 ☐ 片側・ ☐ 有 ☐ 無) ○幅員 (☐ 相手車 m ☐ 相手車以外 m) ○ガードレール (☐ 有 ☐ 無) ○障害物 (☐ 有「 ☐ 無)
道路形状	☐ 直線 ☐ カーブ ☐ 平坦 ☐ 坂道 ○見通し～ ☐ 良い ☐ 悪い
交通信号	○信号機 (☐ 有 ☐ 無) ○有・表示色～ ☐ 青色 ☐ 黄色 ☐ 赤色 ☐ 点滅～ ☐ 赤 ☐ 黄
交通規制	○一時停止標識 (☐ 有 ☐ 無) ○一方通行標識 (☐ 有 ☐ 無) ○駐車・停車禁止標識 (☐ 有 ☐ 無)
被保険者からの聞き取り事項	(1) 事故状況・事故原因 「 」 (2) 事故発生時の主張 ○ 相 手 車 () ○ 相手車以外 () (3) 同乗者の有無 ○ 相 手 車「☐ 有 ☐ 無」 (☐ 有の場合・関係～) ○ 相手車以外「☐ 有 ☐ 無」 (☐ 有の場合・関係～) (4) 目撃者の有無 「☐ 有☐ 無」 (☐ 有の場合・関係～) (5) 飲酒の有無 「相手車・☐ 有 ☐ 無」、「相手車以外・☐ 有 ☐ 無」 (6) その他参考事項 ----- ----- ----- ----- -----

住所 ○ ○ 市
氏名 国保 太郎 殿

※ 交通事故証明書の申請（取り付け）方法は各警察署等に備え付けの「交通事故証明書交付申請書」に必要事項を記入のうえ、最寄りの郵便局にて郵便振替にて行うか、自動車安全運転センターの窓口で直接申請する方法がある。
また、県外で発生した交通事故においても最寄りの自動車安全運転センターにて申請することが出来る。

※ 交通事故証明書は、事故発生場所の所轄警察署の事故処理にもとづき、「自動車安全運転センター」で発行される。一般的に被害者に提出を求めているが、加害者に提出を求めてもよい。

交通事故証明書

見本

事故照会番号	◎ ◎ 署 第 ◎ ◎ 号		甲・乙 との続柄 本人		
発生日時	平成 25 年 7 月 1 日		午前 午後 3 時 30 分頃	天候 晴れ	
発生場所	〇〇市 AB 町〇〇				
甲	住 所	〇〇市〇〇町〇〇〇〇〇		備考 甲・乙以外の当事者の有無 有（別紙記載のとおり 枚） （無） ※ 甲・乙以外の当事者がいるときは、有の枚数を確認する。	
	氏 名	鳥 取 次 郎	生 年 月 日 明・大 昭・平 40 年 7 月 3 日（〇歳）		
	車 種	自 事 普通乗用自動車	車 両 号 鳥取〇〇あ 1234		
	自 賠 責 保 険 関 係	有 無 〇〇海上火災保険（株）	証 明 書 番 号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
	事 故 時 の 状 態	運 転 同乗（ ）・歩行・その他			
乙	住 所	〇〇市△△町 5 丁目		※ 自動車安全運転センター発行のもので「(写)」でもよいが、「(写)」の場合は原本の所在を確認しておく。	
	氏 名	国 保 太 郎	生 年 月 日 明・大 昭・平 25 年 5 月 1 日（〇歳）		
	車 種	自 事	車 両 号		
	自 賠 責 保 険 関 係	有 無	証 明 書 番 号		
	事 故 時 の 状 態	運 転 ・ 同 乗 （ ） ・ 歩 行 其 他			
事故類型	人対車両	車 両 相 互 正面衝突 側面衝突 出合頭衝突 接 触 追 突 其 他 車 両 単 独 転 倒 路 外 逸 脱 衝 突 其 他 踏 切 不 明（調 査 中）			
上記の事故を確認したことを証明します。 なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 自動車安全運転センター 鳥 取 県 事 務 所 長 [印]					
証明番号	91000	照会記録簿の種別		人身事故・物件事故	

※ 必ず人身事故の確認をすること。物件事故の場合は「人身事故証明書入手不能理由書」を添付する。
○ 交通事故証明書
・ 人身事故 ～ 同乗者の人が怪我をしていなくても交通事故証明書には載る。
・ 物件事故 ～ 同乗者がいても交通事故証明書には載らない。

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		午前 年 月 日 時 分頃 天候 午後				
発生場所						
当事者	甲	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
		自賠責保険契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号		
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他		
	乙	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
		自賠責保険契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号		
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他		
	丙	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
		自賠責保険契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号		
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他		
	丁	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
		自賠責保険契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号		
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他		
	戊	住所	電話 ()			
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (歳)	
		自賠責保険契約先	自賠責保険 証明書番号	第 号		
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他		

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

(様式第7号)

念書

事故発生年月日

平成 年 月 日 事故発生場所 において

加害者の氏名 の不法行為により 被害者の氏名 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
老人保健法による医療給付
高齢者医療確保法による医療給付
介護保険法による介護給付

を受けた場合は、私が第三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
老人保健法第41条第1項
高齢者医療確保法第58条第1項
介護保険法第21条第1項 の規定によって 保 險 者
市 町 村 が給付の
後期高齢者医療広域連合

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 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ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三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。
- 4 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険金（共済金）を貴職が優先して受領することに異議をのべないこと。

5 本件事故に係る治療状況、その他私の個人情報を上記法令に基づく請求のため、貴職、またはその委託を受けている鳥取県国民健康保険団体連合会が取得、利用することに同意します。

平成 年 月 日

住 所
氏 名 誓約者の住所・氏名・捺印

印

様

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

第三者が複数の場合、全員を実名表記してください。

※ 保険者の代位取得について債権を確保するために、被害者（被保険者）側に誓約させ、自賠償保険の損害賠償金を保険者が優先受領することを承諾させるものです。

(様式第8号)

誓 約 書

貴（市・町・村・広域連合）の 国民健康保険 老人保健医療 後期高齢者医療 介護保険 の下記 被保険者 が受けた 保険給付 医療給付 介護給付

は、私の不法行為（交通事故）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いたします。

1 保険給付額 医療給付額 介護給付額 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。

2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分 老人保健医療給付分 後期高齢者医療給付分 介護保険給付分 に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

相手加害者の自賠償保険契約保険会社及び共済名

3 上記1の支払に充てるため 保険株式会社（共済）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行使をしないこと。

平成 年 月 日

誓約者 住所 氏名

保証人 住所 氏名

保険者名を記入する

※ 相手加害者の住所・氏名の署名捺印となるが、加害者が未成年及び心身喪失者等の場合は、監督義務者及び監督者の署名捺印とする。 印

※ 誓約者と生計を共にしない者を保証人として住所・氏名の署名捺印をもらう。また、誓約者が被用者の場合には使用者を保証人とする。 印

様

記

保 有 者	住 所	加害車両の保有者の住所・氏名及び自賠償保険の証明書番号		
	氏 名		証 明 書 番 号	
加 害 者 (運転者)	住 所	※ 誓約者と運転者が異なる場合のみ記入する。		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 被保険者 受給者	住 所	被害者（被保険者）の住所・氏名		
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

※ 保険者の代位取得についての債権を確保するために、加害者（第三者）側に誓約させるもので、加害者に保険者が代位取得した債権の支払いを誓約させ、更に自賠償保険の損害賠償金を保険者が優先受領することを誓約させるものです。

※ 任意保険の契約がない場合に提出させる。