

## 第三者行為（交通事故等）による傷病届

保 険 者 番 号	
被 保 険 者 番 号	

区分 1 交通事故    2 ひき逃げ  
3 けんか        4 その他

被 保 険 者 に 関 する 事 項			第 三 者 に 関 する 事 項				
事 故 の 概 要	被保険者 氏 名		相 手 方	住 所	(電話 )		
	年 月 日 生 歳			氏 名	年 月 日 生 歳		
	発 生 日 年 月 日	年 月 日	使 用 者 (親 権 者)	勤 務 先 名	(電話 )	保 有 者 との関係	
	時 刻	午前、午後 時 分ごろ		所 在 地 (住所)			
	発 生 場 所			名 称 (氏名)	(電話 )		
				代 表 者 名			
(具体的原因) 別添報告書のとおり		自 賠 責 保 険 (強 制)	保 險 会 社 または農協名	火災海上保険 農業協同組合			
診 療 関 係	病 院 名		証 明 書 番 号				
			契 約 者	住 所			
	契 約 者 氏 名				保 有 者	住 所	
後 期 高 齢 者 診 療 開 始 日	年 月 日 から		契 約 者 氏 名			契 約 者 との関係	
損 害 賠 償 状 況	自賠責保険への請求方法 (県外の場合請求先記入要す)		自 動 車	種 別		府 県 別	
	1 被害者 2 加害者 3 医療機関		登 録 番 号 車 両 番 号				
示 談 内 容	1 未定    2 交渉中    3 不成立 4 成立 (平成 年 月 日)		上 積 自 動 車 保 険 (任 意)	保 險 会 社、 農協または 共 済 名	火災海上保険 農業協同組合 共 済 組 合		
				証 券 番 号			
				契 約 者	住 所		
			氏 名				
			保 險 会 社、農協 ま た は 共 済 の 担 当 者 名	(電話 )			
上記のとおり届けます。							
年 月 日			住所				
香川県後期高齢者医療広域連合長 殿			氏名		印		
			(電話 )				

- (注) 添付書類
- |                     |              |
|---------------------|--------------|
| ① 示談が成立している場合は示談書の写 | ④ 誓約書        |
| ② 警察官署の発行する事故証明書の写  | ⑤ 念 書 (兼同意書) |
| ③ 事故発生状況報告書         |              |

# 念 書（兼同意書）

年 月 日 において の  
不法行為により の蒙った負傷について、高齢者の医療の  
確保に関する法律に基づく医療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  
規定によって広域連合長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1から3までについては遵守することを誓約し、  
4及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に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. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
5. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

# 誓 約 書

年 月 日 において

傷害をうけた 様の治療費は、貴（広域連合）で  
給付が行われておりますが、高齢者の医療の確保に関する法律の規定に  
より貴（広域連合）が給付を行った価額の限度で私の過失分につい  
て貴（広域連合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを  
誓約いたします。

年 月 日




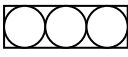






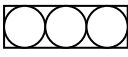





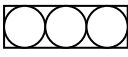



支払義務者 住 所

氏 名 印

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

発生日時	年 月 日 午前, 午後 時 分頃																	
発生場所																		
甲 (相手運転者) 氏 名			乙 (被保険者) 氏 名															
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【してある, してない】 歩道 (両, 片)【ある, ない】 直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】 積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園 (郊外) 国道, バイパス, 山間地, その他 ( )】																	
信号又は標識	信号【ある, ない】 駐, 停車禁止【されている, されていない】 その他標識 ( )																	
速 度	甲車両	km/h	(制限速度	km/h	)													
	乙車両	km/h	(制限速度	km/h	)													
事故現場における自動車と被害者と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 で記入してください。)																	
	N ↑				<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">相手車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>被保険者車</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>進行方向</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>信 号</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>一時停止</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>人 間</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> <tr> <td>自 転 車 オートバイ</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>	相手車		被保険者車		進行方向		信 号		一時停止		人 間		自 転 車 オートバイ
相手車																		
被保険者車																		
進行方向																		
信 号																		
一時停止																		
人 間																		
自 転 車 オートバイ																		
上記図の説明を書いてください																		

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話 )
所 有 者	〒 住所	氏名 (電話 )	

年 月 日

報告者 甲との関係 ( )

乙との関係 ( ) 氏名

印