

提出書類の

記載方法

静岡県国民健康保険団体連合会

届出に必要な書類

(必須)

No.1 交通事故証明書

No.2 第三者行為による傷病届

No.3 事故発生状況報告書

No.4 念書

(取り付けが可能な場合)

No.5 誓約書

国民健康保険法施行規則

第三十二条の六（第三者の行為による被害の届出）

給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、その事実、当該被保険者の氏名、当該被保険者が退職被保険者等である場合にあってはその旨、第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を、直ちに、保険者に届け出なければならない。

交通事故証明書の取り付け方法

- 原本ではなく、コピーでの提出も可能です。
- **損保会社の担当者にご確認ください。**
【損保会社に取り付けしていれば、そのコピーを依頼してください。】
- 「交通事故証明書」は、自動車安全運転センターにて、交付手数料1通につき540円で発行されます。(他府県でおきた交通事故についても申請できます。)

【静岡県事務所：〒420-0949 静岡市葵区与一6丁目16-1
静岡県警察本部中部運転免許センター内 TEL054-252-3191・3192】

※自動車安全運転センターに出向けない場合は、最寄りの警察署、交番、駐在所、損害保険会社、農業協同組合等に申請用紙が備え付けてあります。別途振込手数料を添えて郵便局から申し込みをすると、郵送してもらえます。また、交通事故の当事者本人に限り、インターネットでの申請も可能です(別途払い込み手数料がかかります)。詳しくは自動車安全運転センターのホームページまたは直接お問い合わせください。

交通事故証明書

申請住所
氏名

事故照会番号 第 号 甲・乙 との続柄 本人・代理人

発生日時 平成 年 月 日 午後 時 分 ころ

発生場所 番地の5

住所 番地の3 (Tel.)

備考

刀削氏名 生年 昭和 年 月 日 月 日 (歳) 甲・乙以外の当事者有(別紙のとおり)

甲 車種 自家用 車両 2枚

自賠償保険関係 有り 関東自動車共済協同組合 証明書番号

事故時の状態 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他

住所 番地の6

刀削氏名 生年 昭和 年 月 日 月 日 (歳)

乙 車種 自家用 車両

自賠償保険関係 有り 東京海上日動火災 証明書番号

事故時の状態 運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他

事故類型

人対車両	正面衝突	側面衝突	出っ払い衝突	接点	追突
------	------	------	--------	----	----

※注意※
枚数をご確認ください。多重事故の場合は複数枚ありますので、すべてご送付ください。

上記の事項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、事故のみにするものではありません。

平成 年 月 日
自動車安全運転センター
静岡県事務所長

証明番号 1/2 照会記録簿の種別 人身事故

交通事故による傷病届等記載のポイント

Ⓐ
事故発生日時
事故発生場所

Ⓑ
【相手方の自賠償】
契約保険会社名
保険証明書番号

※注意※
甲・乙のうち氏名等から相手方車両のものを御確認ください。

第三者行為による傷病届

被保険者に関する事項	あなた 被保険者氏名	国保健子		保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護		
	住所	静岡県 〇〇市中央町 11-125		電話	123456		
	人身傷害保険(補償)加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	保険会社名	△△損保	担当者	損保一男	
			支店名	〇〇SC	電話	054-222-〇〇〇〇	
事故状況	医療機関名	◎◎病院		▲▲整形外科	■■介護事業所		
	介護事業所名						
	保険診療介護サービス開始日	令和●●年●●月●●日 (入院 通院)	令和●●年●●月●●日 (入院 通院)	令和	治療を受けた医療機関名、診療開始日等を記入してください。		
治療費等支払者	<input checked="" type="radio"/> 被保険者・相手方・損保会社・使用者		<input checked="" type="radio"/> 被保険者・相手方・損保会社・使用者		<input type="radio"/> 被保険者・相手方・損保会社・使用者		
事故発生日時	令和●●年●●月●●日		午前	<input checked="" type="radio"/> 午後	●●時	●●分頃	
	事故発生場所	〇〇市中央町 67-890		交通事故証明書でご確認ください。 【P1の①参照】			
相手方に関する事項	住所	〇〇市本町 34-56		氏名	加害一郎		
				電話	054-333-〇〇〇〇		
		〇〇市〇〇町 567-89		電話	054-555-〇〇〇〇		
	者名	株式会社◆◆◆		代表取締役	静岡花郎		
		自賠責保険(共済)		任意保険(共済)			
		〇〇市本町 34-56		同左			
		加害一郎		同左			
	◇◇海上火災		□□共済				
	平成●●年●●月●●日から 平成●●年●●月●●日まで		平成●●年●●月●●日から 平成●●年●●月●●日まで				
	R G-1234999		221234567				
	任意保険(共済)関係	支店名	〇〇支店	担当者	損保太郎	電話 054-777-〇〇〇〇	

上記のとおりお届けします。

届出人 (○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

令和●●年●●月●●日

〇〇市 長

署名、捺印を必ずお願いします。

国保健子

国保

※保険者種別が国保・退職の場合は個人番号を記載してください。

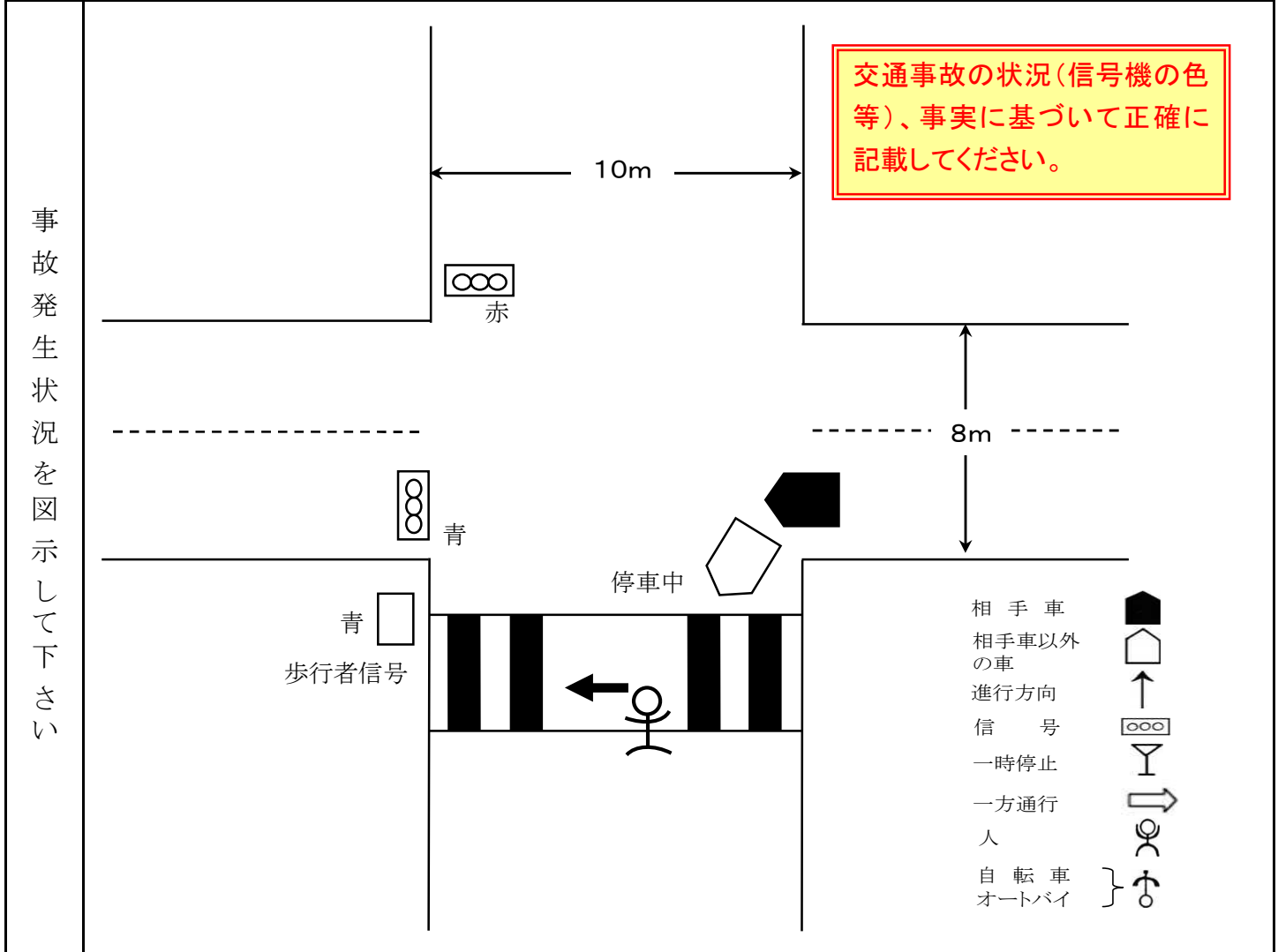
※お願い=交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。

事故発生状況報告書

別紙交通事故相手方補足して下記のとおり報告いたし

あなた

甲(相手方)	氏名	加害一郎	乙(被保険者)	氏名	国保健子	(運転・歩行・その他 同乗(相手車・相手車以外))
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)					
道路状況	見通し	(良い) 悪い	道路幅	相手車側(8 m), 相手車以外の車側(10 m)		
信号又は標識	信号	(有り) 無し	一時停止標識	(有り) 無し	その他	



上記図の説明を書いて下さい。
 交差点を青信号に従い左折し始めたところで、横断歩道を青信号で歩行中の人を発見し、停車したところへ、後続車の相手者(甲車)が、自車(乙車)の右後部に衝突した。

署名、捺印を必ずお願いします。

令和●●年●●月●●日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 (本人)

氏名

国保健子

国保

個人情報保護関連の同意書も兼ねています。
内容をご確認ください。

念 書

事故日

事故発生場所

令和 ●●年 ●●月 ●●日 ●●市中央町 67-890 において

加害一郎 の不法行為により 国保健子 の被った

相手方

あなた

国民健康保険法
介護保険法
高齢者の医療の確保に関する法律
指定公費負担医療に係る軽減特例措置
国民健康保険法第64条第1項

交通事故証明書でご確認ください。
【 P1 の①参照 】

第三者に対して有する損害賠償請求権

国
指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱
規定によって 保険者 が給付（支給）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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 治療が完了したときは、必ず貴職に申し出ること。
- 2 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。
- 3 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 第三者から金品を受けたときは、受領年月日及び内容を必ず貴職に届出すること。
- 5 本件保険事故に関し、損害額、事故態様、賠償額等については、必ず貴職から本会へ報告すること。本会は貴職から提供された情報に基づき、必要に応じて関係機関等に照会し、調査を行うこととする。

記入日を記載してください。

あなたの住所、氏名を署名、捺印を必ずお願いします。
(注) 未成年の場合は、親権者が記入をしてください。

令和 ●●年 ●●月 ●●日

住所 ○○市中央町 11-123
氏名 国保健子 (国保)

○ ○ 市長 殿

(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。

(注意)
相手方に記載していただく書類です。
相手もしくは損保担当者に記載の依頼をしてください。
※取り付け不能な場合、提出は不要です。

誓 約 書

令和 ●●年 ●●月 ●●日

相手もしくは損保担当者

○ ○ 市 長 殿

住所 ○○市本町 34-56
 損害賠償 氏名 加害一郎 印
 義務者

あなた

国民健康保険
 貴介護保険 の被保険者
 高齢者医療

国保健子

国民健康保険法
 介護保険法
 殿が高齢者医療確保法
 指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

国
 によって受けた給付(支給)は、私の不法行為にもとづくものでありますので、保険者 に
 広域連合

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日	令和 ●●年 ●●月 ●●日	
事故場所	○○市中央町 67-890	
被保険者	住所	○○市中央町 11-123
	氏名	国保健子
支払方法	<input checked="" type="radio"/> 一括払 <input type="radio"/> 分割払 <input type="radio"/> その他	
備考		