	記入例			第三者行為による傷病届									
		項 目		内容									
怪我したのが	<u> </u>	神保除考記是	番号 / 保険者名	被保険者記号					被保険者の情報ではなく急復したまの				
	被足保			岡304・ ア〇〇〇〇 岡山建設国民健康保険組合									はなく負傷した方の情報を記入。
届出者と同じ場	届出者名	届出者情報	氏名 / 生年月日		けんせつ たろう 建設 太郎)			生年月日 S60		5 月	1日	
合ならチェック。	者名	※国民健康保険は 世帯主、その他		〒 700−0024			TEL		, <u>, , , , , , , , , , , , , , , , , , </u>	H			
(「同上」等の記 入は不要)	等	は被保険者の 情報を記入	住所 / 電話	岡山県岡山市	5北区駅元町23-	12			0	86-252	2–233{	8	—
/\langle \langle					んせつ はなこ			届出者との関係	生年月日	3			
	被受	氏名 / 続柄 /	/ 生年月日 情報と	D L L L L L L L L L L L L L L L L L L L	建設 花子			妻	S60	年 (6 月	1日	
	被害者			700–0024			<u></u>		TEL				
	— —	住所 / 電話		岡山県岡山市		086-252-2338			ρ				
				· ·	がいいちろう	12			00	70 202		0	
	加害者	氏 名		氏名 加	1害 一朗								
	音二 者者	 住所 / 電話		〒 700−0000		TEL							
)			尚山県岡山市	5市△△町 1-2	-3 203号	至		090-				332 222 1 Mil L.L. L. 153 A
	事 故	事故発生日時	持	令和7 年	■ 1 月	1 日		午前/年後	5	時	15	分頃	労災か微妙な場合
	発	事故発生場所			ᅈᇄᆉᆉᆛᅜᇊᇻᄙᄦᆉᅥᅥᄺᆉᄜ								ار را
	生 状	事 以无工物D	'I	岡山市北区現場町1−1先路上									
	況	労災保険対象	やの確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故でしている。 (※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、・									
		但 100人社力	/ /D IIO +11 40 +2 42	保険会社名				ふりがな		がいし	いちろ	う	事故証明書から記入
	自無責		/ 保険契約者名 		●●●●損傷	ŧ		氏 名	加害	手 一良	抈		
		登録番号 / :	車台番号	登録番号		車台番号	□台番号						
	保管			保険期間					自賠責調				
	映	保険期間 / 自	賠責証明書番号		3月31日	~ 令和	17 年	3月 31日				〇号	分かる範囲で記入
		保険会社名 /		保険会社名		B A II		担当部署	In 84				して下さい。
			, ,	損害		第二求償担当部 T TEL							
		取扱店所在地	也/電話	大阪府大阪市中央				090					
	任 意	担当者名 / [F_mail	ふりがな	たんとうしゃ	たろう		E-mail				—	
	保	15344 / 1	L 111a11	氏名 担当者 太郎									
	険	保険契約者名	3	ふりがな かがい いちろう 氏 名 加害 一朗									
	加 害	<i></i>		Ŧ									
	者	住所		倉敷市△△町 1-2-3 203号室									
		保険期間 /	契約番号	保険期間						型約番号 ■ 第 ▲▲▲▲■■ 号			
亥当する場合			4 4	× 年 ○ 月 □ 日 ~ ×× 年 ○ ○ 月 ■ 日									
こはチェック。		任意対人一招	壬意対人一括の有無 		有〉無								
		× 1 - 3 - 6 / 17 / 10	関与の有無を チェックし、	保険会社名			;	担当部署					
	被害者加入の保険 会社の関与		「有」の場合 は右欄を記入	 担当者氏名					TEL				
		. 10-3	有 🗌 無 🗹							()		
		診療機関名 /		① 診療機関名			_	治療開始日	令和7	年	1月	1日	
				=	■■病院	<u></u>	有)/無	治療終了(見込)	TEL	年	月	日	
		住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください。		〒 倉敷市△△町 5-5						()		
	治			② 診療機関名			入院	治療開始日	令和7	年 2	2 月	1日	
	療				〇〇整骨院	1	有無	治療終了(見込)		年	月	日	
	状 況			〒 岡山市北区口	□ ⊞ ⊤ 1_3_1				TEL	()		
				③ 診療機関名		Τ.	入院	 治療開始日		 年	/_ 月	日	
								治療終了(見込)		年	月	B	
				〒					TEL				
						Т	+=	* * * * * * * * * * * * * * * * * * *		(<u>)</u>		
	傷病属	a作成日 / 作》	成支援の有無	令和	7 年 4 月			書を損害保険会社領 ₹援を受けて作成し					

(注)本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

	_	/ _ .i
=_		4 HII
=		וואר
		ויעיו

記入例 事 故 発 生 状 況 報 告 書

事故記番	正明書 号	第		———— 号	当事	甲(加害者)	氏名	加	害一郎	朔			
自動	車の番号				事 - 者	乙(被害者)	氏名	建	設花	子	運転·同乗	・歩行・その他	
天	候	晴 曇・	雨・雪・霧	• ()	交	通 状 況	混雑・普通	i 閑散	明明	音	┴ 昼間・夜間・□	明け方・夕方	
当 败	状 況	舗装:	(してきる	・してい	ない)	· 歩道	道: (ある	6 EU	• 道	直路の見通	10:	良い・悪い)	
連 崎 	1人 沈	中央車線	: ある	・ない)	• }	道路の状況	: 直	線・カー)	ブ・平坦	旦・坂・積	責雪路・凍結	路)	
/ □ □∇	/++===⇒		(ある・な)		自車	重側信号:	(青・赤	•黄) •	相=	手側信号	: (青・	赤・黄)	加害者の情報
治亏人	は標識		止: (さオ	こている	・され	1ていない)	· そ0	の他標識:	()	
速	度	甲車両:	30 k	km/h (制	限速	度 30	km/h) •	乙車両:	30	km/h	(制限速度	30 km/h	組合員 の情報
	(右の詞	記号を使って	乙の立場で	記入して	くださ	さい。また、	車線数も正	確に記入し	、道路幅	量はmで記	入してくださ	い。)	07 H + IX
											自車	(Z)	
事					w	ri					相手車	(甲)	
故					4						進行方	一 亩 ↑	
現場											信	, 000	
状											一時停	<u>н</u>	
況												0	
図												大	
											自 転 バ イ	車 ク	
												V	
事故		7年1月1日 <i>0</i> ようとして								方右車線	を走行して	ハた甲車両が	
事故発生の状													
状況													
(経 緯)													
解) 			_										
被 害		日	☑出	勤日		休日(定休	日・休暇を	(含む)	□ そ	の他()	
被害者の	時	間帯		務時間中	ビ ; む)	通勤途上	口 出張中	□ 私用	ロそ	の他()	
負傷	場	所	□ 会	社内	☑ :	道路上	□ 自宅	□ その他	<u> </u>		-)	
況		特別加入※ 通等の経営者が 対災保険	(被害者	針が代表取締	役等の)役員、経営者(の場合のみ記入			□加。		該当する方には	
上記内	容に間違	違いありま†	せん。							『鑑を押し	てください。 ※署	ろえは記名・押印	
		2025年	1月 2	4日		届出者(被保険者) の場合は親権		花子			建	

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

岡山県建設国民健康保険組合 御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

記入例

同 意 書

建設国保から給付した分を建 設国保から相手に直接求償す るための書類になります。

私が加害者 <u>加害一朗</u> に対して有する損害賠償請求権は、法令 (注1) により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者 (注2) が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式 に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険 者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内 容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報 提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の 保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 7 年 4 月 1 日

必ず印鑑を押してください。

組合員ではなくケガし た本人の名前を記入し て下さい。

受診者 (未成年の場合は親権者等)

住所 岡山市北区口口町 1-1-1 アパート名201号室

氏名

建設花子

(印) 署名又は記え

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険:健康保険法第57条、船員保険:船員保険法第45条、国民健康保険:国民健康保険法第64条第1項、 後期高齢者医療:高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項、介護保険:介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条第3項及び第4項、 高齢者の医療の確保に関する法律第58条第3項、介護保険法21条第3項の規定に基づき、

損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

岡山県建設国民健康保険組合 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えください。 (人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

	○ 受傷が軽微で、検査通院のみ(予定を含む)であったため	
THE CH	受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定の)ため	
理由 ※ 該当する項目	○ 公道以外の場所(駐車場、私有地など)で発生した事故のため	
に〇印をしてく ださい。 ※ 複数に該当す る場合は、すべ てに〇印をして	事故当事者の事情(理由を具体的に記載してください。)【理由】	
ください。	でする。 では、その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】	
◆ 警察へ、	B 故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。	
届出警察	受傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定の)をある	
人身事故の事実		
◆ 上記理由に	より人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実に相違ありません。 も良いが余白に記入してもら	
○ (当事者	住所: <u>〒 700-0000</u> 記載日 7 年 1月 1日 えない理由を記入して下さい	
○ 目撃者	倉敷市△△町 1-2-3 203号室	
○ その他	(
※ 該当する〇日		
 (注)当欄は、賠償		

(注)当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条請求)する場合には、保険契約者側(契約者、運転者など)の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求(法第15条請求)する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(作	呆険会社使用欄) 該当する口のすべてに √ する。	責任者	担当者	
	人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。			
П	請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、			
	人身事故の事実に相違ないことを確認したした。			_
	◆ 確認日 ◆ 確認化	◆ 確認7		1
		7年可心/	JA	
	月 年 日 □病院□□□撃台□□浬転者□被害者□ 修理工場□□□での他(口電話 口文	【書 □面談	
	月 年 日 □病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	口電話 口文	【書 □面談	
	月 年 日 □病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	口電話 口文	書 口面談	
	▲ スの州・性司東西			
	◆ その他・特記事項			

事	案情	報	被冒	· 含含:					-	事故	女日:	年	月	<u> </u>
		【概要記』 【扱いの <u>】</u>		事故証明書	<u>にお名前</u>	立が記載	<u> され</u>	2 <u>7</u> 1	<u> ハる</u>	場合	計成、以下の	の項目は	記載不要	要です。
発	生华	∓月日	時	年	月	В				時	分頃	天候		
発	生	場	所											
		住	所								電話	()	
	甲	氏	名				生	年	月	B	年	月	В	才
		自賠責険契約					自然	賠 責明 書	景保 番	険 号	第			号
		登録番	등				事		の状	況	運転・同乗	(甲・乙)	歩行・	その他
		住	所								電話	()	
	乙	氏	名				生	年	月	B	年	月	В	才
		自賠責険契約					自然	賠 責明 書	景保 番	険 号	第			号
		登録番	등	盂	- 	人	事	₹ TOP	D.,	· :沢	是*** PD果	(甲・乙)	歩行・	その他
当	丙	住	所	Ĺ							電話	()	
		氏	名				生	年	月	⊟	年	月	В	才
事		自賠責険契約					自然	賠 責明 書	景保 番	険 号	第			号
者		登録番	등				事	放時	の状	況	運転・同乗	(甲•乙)	歩行・	その他
		住	所								電話	()	
		氏	名				生	年	月	B	年	月	В	才
	丁	自賠責険契約							景 保		第			号
		登録番	등				事	放時	の状	況	運転・同乗	(甲・乙)	歩行・	その他
		住	所								電話	()	
		氏	名				生	年	月	\Box	年	月	В	才
	戊	自賠責険契約					自見証明	賠 責明 書	量保 番	険号	第			号
		登録番	등				事は	放時	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。