

第 三 者 行 為 に よ る 被 害 届

年 月 日 (〒 -) (宛先) 西 尾 市 長 世帯主 住所 氏名 電話番号 個人番号 第三者行為による被害があったので、次のとおり届け出ます。										
事 故 発 生 日		年 月 日 午 (前・後) 時 分頃		事故発生 場 所						
事故原因と状況										
被 害 者 名 (被 保 険 者 名)		被保険者 記号番号				職 業				
		フリガナ				続 柄				
		氏 名				生 年 月 日		年 月 日		
		個人番号								
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者	氏 名				生 年 月 日		年 月 日		
		住 所		〒						
		職 業				電話番号				
	保 有 者	氏 名				生年月日		年 月 日		
		住 所		〒						
		職 業				電話番号				
		運転者 との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()						
	契 約 者	氏 名				生年月日		年 月 日		
		住 所		〒						
		職 業				電話番号				
		運転者 との関係		本人・親族(続柄)・事業主・その他()						
	自 賠 責 保 険	有	保険会社			証明書 番 号				
		無								
	任 意 保 険	有	保険会社			支店名		課名	担当者名	
		無	証券番号							
						電話番号				
医療機関の所在地・名称(氏名)				傷 病 名		初診日		年 月 日		
当 初						保険診療		有 ・ 無		
						保険診療 開始日		年 月 日		
転 医 後						診療見込期間				
						診療見込金額		円		

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1.交通事故証明書

2.事故発生状況報告書

3.念書(兼同意書)

4.委任状

5.誓約書

事故発生状況報告書

当事者	甲(運転者)	氏名 (電話)				
	乙(被害者)	氏名 (電話)	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 { してある / してない } 見通し { 良い / 悪い }	歩道(両・片) { ある / ない } 積雪・凍結	直線・カーブ 平坦・坂			
信号又は標識	信号 { ある / ない } 駐車・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車と相手車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。)					
	方位 自 車 相 手 車 進 行 方 向 信 号 一 時 停 止 人 間 自 転 車 オートバイ					
上記図を説明してください。						

※ 自動車損害賠償責任保険への請求の際使用された事故状況報告書の写をこの報告書にかえる事ができます。

年 月 日

報告者

印

※署名又は記名・押印

念書（兼同意書）

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
被保険者氏名		相手方(第三者) 氏名	

- 上記事故に関して、私が相手方（保険会社を含む。以下同じ。）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項の規定によって西尾市が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ損害賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 上記事故に関して、西尾市及び同市との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・念書（兼同意書）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - 70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、一部負担金等の一部に相当する額について、保険会社等に請求を行うこと。
- 上記事故に関して、私が国民健康保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - 治療が完了したときは、必ず西尾市に申し出ること。
 - 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって西尾市にその内容を申し出ること。
 - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - 相手方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、かつ遅滞なく西尾市に届け出ること。

なお、この負傷（傷病）原因は、国民健康保険法第60条の規定に該当しません。
また、故意の犯罪行為が原因であることが判明した際には、西尾市国民健康保険の給付が受けられず、医療費を全額自己負担することに同意します。

国民健康保険法 第4章「保険給付」 第3節「保険給付の制限」
「第60条 被保険者が、自己の故意の犯罪行為により、又は故意に疾病にかかり、又は負傷したときは、当該疾病又は負傷に係る療養の給付等は、行わない。」

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

親 権 者

㊞

（あて先）西 尾 市 長

※署名又は記名・押印

（注）被保険者が未成年または成年後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

委任状兼同意書

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名		相手方（第三者） 氏 名	

- 1 上記事故に係る「西尾市 医療費の支給に関する条例」に基づく医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を西尾市長に委任します。
- また、西尾市が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。
- 2 上記事故に関して、西尾市及び同市との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
- (2) 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
- (4) この委任状兼同意書をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が「西尾市 医療費の支給に関する条例」による医療費の支給を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず西尾市に申し出ること。
- (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって西尾市にその内容を申し出ること。
- (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- (4) 相手方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、かつ遅滞なく西尾市に届け出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

㊞

親権者

㊞

※署名又は記名・押印

(あて先) 西尾市長

(注1) 受給者（子ども医療の場合は、対象となる「子ども」）が未成年または成年被後見人など法律行為を制限される場合は、親権者など法定代理人の方が署名してください。

(注2) 委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。

人身事故証明書入手不能理由書

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てください。
(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。)

理由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため 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 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 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】 その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】		
	◆ 警察へ、事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	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

裏面へ  交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

- 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。			
当事者	住所：	記載日	年 月 日
目撃者			
その他（ ） 氏名：	⑧		
※ 該当する項目に ○印をしてください	電話：		

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（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。

- (保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。
- ☐ 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。
- ☐ 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、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
月 年 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他（ ）	☐ 電話 ☐ 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（ ）	☐ 電話 ☐ 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（ ）	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
◆ その他・特記事項		

【 事案情報 】 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

○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		年 月 日 時 分頃 天候			
発 生 場 所					
当 事 者	甲	住 所	電 話 ()		
		氏 名		生 年 月 日	年 月 日 才
		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	年 月 日 才
		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	年 月 日 才
		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	年 月 日 才
		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	年 月 日 才
		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。

委任状

被害者様

に対して支払うべき自動車損害賠償金のうち、西尾市国民健康保険において
給付された保険給付金については、下記契約保険会社に直接受領されたく
委任します。

なお、貴職が請求する以前に請求を行おうとする場合は必ず前もってその
内容を貴職に申し出ることを誓約します。

記

1 契約保険会社名

2 保険期間
年 月 日から
年 月 日まで

3 保険証明書番号

年 月 日

住所
運転者

氏名



※署名又は記名・押印

(あて先) 西尾市長

誓 約 書

貴 西尾市 の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、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 保険給付額決定時に損害賠償金を貴殿に払うこと。
- 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に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。
- 3 上記1の支払いに充てるため、保険会社（共済）に対して有する自動車損害保険（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諾し、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。

年 月 日

（あて先）西尾市長

誓約者 住所

氏名

㊞

保証人 住所

氏名

㊞

※署名又は記名・押印

記

保有者	住所			
	氏名		証明書番号	
運転者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
被保険者	住所			
	氏名			