

## 第三者行為による傷病届 提出書類・記入例

### (交通事故)

- ・ 第三者行為による傷病届 (記入例) . . . . . 頁 2-3
- ・ 第三者行為による傷病届 (共通) . . . . . 頁 4-5
- ・ 事故発生状況報告書 (記入例) . . . . . 頁 6
- ・ 事故発生状況報告書 (交通事故等) . . . . . 頁 7
- ・ 交通事故証明書 (見本) . . . . . 頁 8
- ・ 人身事故証明書入手不能理由書 . . . . . 頁 9-10
- ・ 念書兼同意書 (記入例) . . . . . 頁 11
- ・ 念書兼同意書 . . . . . 頁 12
- ・ 同意書 (記入例) . . . . . 頁 13
- ・ 同意書 (相手者提出用) . . . . . 頁 14
- ・ 誓約書 (記入例) . . . . . 頁 15
- ・ 誓約書 (相手者提出用) . . . . . 頁 16

### (傷害事件)

- ・ 第三者行為による傷病届 (記入例) . . . . . 頁 2-3
- ・ 第三者行為による傷病届 (共通) . . . . . 頁 4-5
- ・ 事件発生状況報告書 (記入例) . . . . . 頁 17
- ・ 事件発生状況報告書 (傷害事件用) . . . . . 頁 18
- ・ 誓約書 (記入例) . . . . . 頁 19
- ・ 誓約書 (傷害事件用) . . . . . 頁 20

### (犬咬傷)

- ・ 第三者行為による傷病届 (記入例) . . . . . 頁 2-3
- ・ 第三者行為による傷病届 (共通) . . . . . 頁 4-5
- ・ 事故発生状況報告書 (記入例) . . . . . 頁 21
- ・ 事故発生状況報告書 (犬咬傷) . . . . . 頁 22
- ・ 誓約書 (記入例) . . . . . 頁 23
- ・ 誓約書 (犬咬傷用) . . . . . 頁 24

【国民健康保険用】

## 第三者の行為による傷病届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

福岡県薬剤師国民健康保険組合  
理事長 殿

〒

世帯主 住所 届出者の住所  
氏名 届出者の氏名 印  
電話 届出者の電話番号

次のとおりお届けします。

被保険者記号・番号		〇〇〇〇〇〇〇〇				
被保険者	フリガナ	カナ		生年月日	昭平令 〇年 〇月 〇日 (〇才)	
	氏名	被保険者の氏名		性別	男・女	被保険者の職業
事故の内容	発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		午前・午後 〇時 〇分頃		
	発生場所	福岡県庁前交差点				
	事故原因と状況	道路横断中、右から来た自動車に衝突。頭部を強打し負傷した。(事故発生状況報告書参照)				
	警察署への届	届済・未届 (いずれか〇印)	届出所轄署	福岡 〇 〇 警察署		
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )			
	被保険者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )				
被保険者の人身傷害補償保険について	有・無	損保名[損害〇〇〇〇会社]	〇〇〇〇サービスセンター			
		担当者名[ 〇〇〇〇 ]	電話番号[ 092-000-00000 ]			

第三者(相手者)関係	相手者	住所	相手者の住所		電話	相手者の電話番号				
		フリガナ	カナ		性別	男・女	年令	〇才	職業	相手者の職業
		氏名	相手者の氏名							
		保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )							
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)	保有者の住所		電話	092-000-0000				
		名称	保有者の名称(会社名)							
	代表者	代表者名								
	契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ( )								

第三者の 共済 関係	保険会社(又は農協)		損害〇〇会社		共済 保険 証明書番号	自賠責保険証の番号		
	自賠責 保険 契約者	住所	保険の契約者の住所				電話 保険の契約者の電話番号	
		フリガナ 氏名	カナ 相手車の自賠責契約者名		共済 保険 期間	自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日		
	相手者の自動車		車種	車の車種	登録番号 車両番号	プレートナンバー 事故証明書 にある番号	車台 番号	車検証から 自賠責保険証から
	任意保険(対人) の有無		有 無	契約保険会社	任意保険会社名 〇〇サービスセンター		保険会社(共済) 〇〇サービスセンター	
			電話番号	092(000)0000		担当者 担当者名		
			証券番号	第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇号				

治療 関係	傷病名及び傷病の程度	頭部打撲		治療終了日 【令和〇〇年〇〇月〇日】
	医療機関の所在地・名称	福岡〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	福岡〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	
	診療の期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日より 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・外来の別(入・外)	令和〇〇年〇〇月〇〇日より 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定( 〇〇月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名目	金額又は品目	受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課	担当者( )
		係 電話( )

## 第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

殿

〒

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 署名または  
記名・押印  
電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

被保険者記号・番号							
被保険者	フリガナ				生年月日	昭平令 年 月 日 (才)	
	氏名				性別	男・女	職業
事故の内容	発生日時	令和 年 月 日			午前・午後 時 分頃		
	発生場所						
	事故原因と状況						
	警察署への届	届済・未届 (いづれか○印)			届出所轄署		警察署
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )				
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
被保険者の人身傷害補償保険について	有・無	損保名[ _____ 会社]		サービスセンター			
		担当者名[ _____ ]		電話番号[ _____ ]			

第三者(相手者)関係	相手者	住所								
		フリガナ				性別	男・女	年令	才	職業
		氏名				性別	男・女	年令	才	職業
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )								
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)								
		名称								
		代表者								
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ( )								

第三者の 共済 関係	保険会社(又は農協)		共済 保険 証明書番号		
	自 賠 責 保 険	共 保 険 契 約 者	住 所	電 話	
			フリガナ 氏 名	共 済 保 険 期 間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日
	相手者の自動車		車 種	登録番号 車両番号	プレートナンバー 車台 番号
	任意保険(対人) の有無		有・ 無	保険会社(共済) サービスセンター 契約保険会社 電話番号 ( ) 担当者 証券番号 第 号	

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度		治療終了日 【令和 年 月 日】	
	医療機関の所在地・名称			
	診 療 の 期 間	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示 談	示談が成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定( 月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課	担当者( )
		電 話( )

# 事故発生状況報告書

【記入例】

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。

甲 (相手者)	氏名	相手者氏名	乙 (被保険者)	氏名	被保険者氏名	運転・同乗 歩行・その他
速度	甲車 40Km/h (制限速度 40Km/h) 甲車以外の車 0Km/h (制限速度 40Km/h)					<input type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 甲車以外
道路状況	見通し	<input checked="" type="radio"/> 良い <input type="radio"/> 悪い	道路幅	甲車側 ( 10m) 甲車以外の車側 ( 10m)		
信号又は標識	信号 (有 <input checked="" type="radio"/> 無) 一時停止標識 (有 ・ 無) その他標識 ( )					
事故現場における自動車と被保険者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)					
上記図の説明を 書いて下さい。	道路横断中、右から来た自動車に衝突した。					
	相手者(自動車)が気づくのが遅れて、ブレーキを踏んだが接触し、					
	頭部を強打し負傷した為、救急車で病院に搬送された。					

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号	福岡〇〇	運転者	氏名	運転者氏名	(電話) 092-000-000
保有者	住所	保有者氏名	氏名	保有者氏名	(電話) 092-000-000

令和 年 月 日

記入日をお願いします。

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( 本人 )

署名または  
氏名 記入者氏名 記名・押印

# 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。

甲 (相手者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	{ 甲車 甲車以外
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)				
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側 ( m) 甲車以外の車側 ( m)			
信号又は標識	信号 (有・無) 一時停止標識 (有・無) その他標識 ( )						
事故現場における自動車と被保険者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)						
	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div>自動車 甲 </div> <div>乙 </div> <div>進行方向 </div> <div>信号 </div> <div>一時停止 </div> <div>人間 </div> <div>自転車 オートバイ </div> </div>						
上記図の説明を書いて下さい							

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運 転 者	氏名 (電話)
保 有 者	住所	氏名 (電話)	

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )

署名または  
記名・押印  
氏 名 \_\_\_\_\_

# 見本

## 交通事故証明書


交通事故証明書

申請者

(印) 〇 〇 〇 〇 の経済 本人 ・ 代理人

事故報告書番号										
発生日時										
発着場所										
車種	車種									
	型式									
	登録番号									
	自賠責保険契約番号									
住所	住所									
	〒番号									
車種	車種									
	自賠責保険契約番号									

※ 上記以外の出事故 類

事故類型	車間事故						車外事故					
	人対車	正面衝突	側面衝突	追突 追突 追突	追突	その他	転倒	路外逸脱	衝突	その他	踏切	千・踏切中
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類とその程度、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 24 年 3 月 15 日 自動車安全運転センター 福岡県事務所												
証明番号											物件事故  人身事故	
聯合記録簿の種別											人身事故	

- ◆ 「交通事故証明書」とは、交通事故の事実関係を確認するために必要なものです。自賠責保険・任意保険会社等に損害賠償請求する際、必要になります。

### 【「物件事故」の場合】

※右最下欄に「人身事故」とあれば、自賠責保険に請求できますが、「物件事故」となっている場合は、原則として請求することができません。

治療費が小額であれば、「人身事故証明書入手不能理由書」を取りつければ、その理由によっては、自賠責保険から支払いが認められる場合があります。



「人身事故証明書入手不能理由書」

## 人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 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。)

<p style="text-align: center;"><b>理由</b></p> <p>※ 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。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 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</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>				
<p>◆ 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。</p>					
届出警察	<p style="text-align: center;">警察 担当官</p> <p style="text-align: center;">（判明している場合）</p>	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、関係者の署名もしくは記名押印をお願いします。**

<p>◆ 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。</p>	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他（                    ）</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日    年    月    日</p> <hr/> <p>氏 名 _____</p> <p>電 話           (        ) _____</p>

(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) 該当する口のすべてに✓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
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（                    ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（                    ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（                    ）	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 500px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>		

【 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	午前 午後	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	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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		
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。

念 書 (兼 同意書)

事故発生年月日	令和 ○年 ○月 ○日		
被保険者氏名	被保険者氏名	相手者 (第三者) 氏名	相手者氏名
事故発生場所	場所：福岡県庁前交差点		

(確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者 (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を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって (市・町・村・組合) 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 (以下「求償事務」という。)
- 上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して (市・町・村・組合) に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、 (市・町・村・組合) 及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会 (以下「国保連合会」という。) が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使 (国民健康保険法第 64 条第 1 項) の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
  - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険医療状況等について説明を受けること。
  - (3) 保険事故により請求及び受領した金額 (内訳を含む) を国保連合会が情報を受けること。

保険証を取得している市町村または組合名を記入してください。

(遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の規定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。
- (1) 治療が完了したときは、必ず (市・町・村・組合) に申し出ること。
  - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって (市・町・村・組合) にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
  - (3) 相手者から賠償金 (仮渡し内払金) を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

○年 ○月 ○日

記入日をお願いします。

住 所 被保険者の住所

氏 名 被保険者の氏名 署名または記名・押印

親権者 署名または記名・押印

市 町 村  
○○○ 国保組合理事 長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

## 念 書（兼 同意書）

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

## (確認事項)

- 1 上記事故に関して、私が相手者（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を、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定によって\_\_\_\_\_（市・町・村・組合）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（以下「求償事務」という。）。  
上記事故に関して、相手者の不法行為により私が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第 16 条の請求に優先して\_\_\_\_\_（市・町・村・組合）に支払われること。

## (同意事項)

- 2 上記事故に関して、\_\_\_\_\_（市・町・村・組合）及び同保険者との委託契約に基づき福岡県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
- (1) 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第 64 条第 1 項）の資料として、診療報酬明細書等の写しを保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して使用すること。
  - (2) 保険事故により受診した保険医療機関等から、保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について説明を受けること。
  - (3) 保険事故により請求及び受領した金額（内訳を含む）を損害保険会社等から、保険者及び国保連合会が情報を受けること。

## (遵守事項)

- 3 上記事故に関して、私が国民健康保険法の規定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。
- (1) 治療が完了したときは、必ず\_\_\_\_\_（市・町・村・組合）に申し出ること。
  - (2) 保険会社を含む相手者側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって\_\_\_\_\_（市・町・村・組合）にその内容を申し出、相手者側に白紙委任状を渡さないこと。
  - (3) 相手者から賠償金（仮渡し内払金）を受領したときは、遅滞なく保険者または国保連合会に届けること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

署名または記名・押印

親権者

署名または記名・押印

市 町 村

国保組合理事 長 殿

(注) 被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

事故年月日と事故場所を記入して下さい。

【 国民健康保険用 】

# 同 意 書

令和 ○年 ○月 ○日 ( 場所：福岡県庁前交差点 ) において、私 ( 相手者氏名 ) の不法行為により被保険者 ( 被保険者氏名 ) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償保障法第15条の請求に優先して ( 市・町・村・組合 ) に支払われることに異議なく同意します。

令和 ○年 ○月 ○日

該当するものに○をお願いします

記入日をお願いします。

相手者

住所 相手者の住所

氏名 相手者氏名

署名または記名・押印

運行供用者がいれば記入をお願いします。

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

(代表者名)

署名または記名・押印

福岡県薬剤師国民健康保険組合 理事長 殿

【相手者提出用】

【 国民健康保険用 】

## 同 意 書

令和 年 月 日 (場所: \_\_\_\_\_)  
において、私 ( \_\_\_\_\_ ) の不法行為により被保険者  
( \_\_\_\_\_ ) が被った損害のうち、国民健康保険法の規定により保  
険給付がなされた場合は、その保険給付額を限度に、私が行う自動車損害賠償  
保障法第15条の請求に優先して \_\_\_\_\_ (市・町・村・組合) に支  
払われることに異議なく同意します。

令和 年 月 日

相手者

住所

氏名

署名または記名・押印

運行供用者

住所 (所在地)

氏名 (事業所名)

署名または記名・押印

(代表者名)

\_\_\_\_\_  
殿

【相手者提出用】

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 ( 福岡県薬剤師国民健康保険組合 ) 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. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者 ( 市町村等 ) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を保険者 ( 市町村等 ) に申し出て、了解を得ること。
3. 上記 1 の支払いに充てるため ( 例 : 自賠責保険者名 ) 保険会社 ( 農業協同組合 ) に対して有する私の契約する自動車損害賠償者 ( 届出の保険者名 ) が、保険給付額を限

記入日をお願いします。

〇〇年〇〇月〇〇日

誓 約 者 住 所 相手者の住所

氏 名 相手者の氏名

印

届出の保険者名の記入  
をお願いします。

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名

印

〇〇 市 町 村 長 殿

国保組合理事

保 有 者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	証 明 書 番 号	
相 手 者 ( 運 転 者 )	住 所	相手者の住所		
	氏 名	相手者の氏名	誓約者との関係	
被 保 険 者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

## 誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴（福岡県薬剤師国民健康保険組合）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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴（福岡県薬剤師国民健康保険組合）に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴（福岡県薬剤師国民健康保険組合）に申し出て、了解を得ること。
3. 上記1の支払いに充てるため\_\_\_\_\_保険会社（農業協同組合）に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険（共済）から貴（福岡県薬剤師国民健康保険組合）が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
相 手 者 ( 運 転 者 )	住 所			
	氏 名		誓 約 者 と の 関 係	
被 保 険 者	住 所			
	氏 名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。



# 事件発生状況報告書

下記のとおり報告いたします。

甲 (相手者)	氏名		乙 (被保険者)	氏名	
傷害事件発生年月日及び時間			令和 年 月 日 時 分頃		
現場 における 状況を 図示して 下さい。					
上記図の 説明を 書いて 下さい					

令和 年 月 日  
 報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( )

氏名 \_\_\_\_\_

署名または  
記名・押印

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 ( 福岡県薬剤師国民健康保険組合 ) の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、下記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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴 ( 福岡県薬剤師国民健康保険組合 ) に支払いすること。
- 2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を 記入日をお願いします。 出  
て、了解を得ること。



令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 相手者の氏名  
 氏 名 相手者の氏名 (印)

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所  
 氏 名 連帯保証人の氏名 (印)

届出の保険者名の記入  
をお願いします。

                     市 町 村 長 殿  
 国保組合理事  
 広 域 連 合

相手者	住 所	保有者の住所		
	氏 名	保有者の氏名	誓約者との関係	
被保険者	住 所	被保険者の住所		
	氏 名	被保険者の氏名		

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為に基づくものですので、下記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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連 帯 保 証 人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

相手者	住所			
	氏名		誓約者との関係	
被保険者	住所			
	氏名			

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。



# 事故発生状況報告書

下記のとおり報告いたします。

甲 (畜犬の所有者)	氏名		乙 (被保険者)	氏名	
犬咬傷		発生年月日及び時間	令和	年	月 日 時 分頃
現場における状況を図示して下さい。					
上記図の説明を書いて下さい					

令和 年 月 日  
 報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( )

署名または  
記名・押印

氏名 \_\_\_\_\_

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 ( 福岡県薬剤師国民健康保険組合 ) の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として下記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. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者
  - 2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条
- て、了解を得ること。

記入日をお願いします。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 相手者の氏名

氏 名 相手者の氏名 (印)

連帯保証人 住 所 連帯保証人の住所

氏 名 連帯保証人の氏名 (印)

届出の保険者名の記入をお願いします。

〇〇

市 町 村  
国保組合理事  
広 域 連 合

長 殿

動物の占有者	住 所	保有者の住所
	氏 名	保有者の氏名
被保険者	住 所	被保険者の住所
	氏 名	被保険者の氏名

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。

誓 約 書 ( 相 手 者 側 )

貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の占有する動物の加害行為に基づくものですので、動物の占有者として下記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. 保険給付額確定時に損害賠償金を貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) に支払いすること。
2. 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を貴 (福岡県薬剤師国民健康保険組合) に申し出て、了解を得ること。

令和 年 月 日

誓 約 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

連帯保証人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

福岡県薬剤師国民健康保険組合理事長 殿

動物の占有者	住所	
	氏名	
被保険者	住所	
	氏名	

(注)誓約者、連帯保証人は、それぞれ本人が署名または記名、捺印すること。