

# 第三者行為による被害届について

交通事故など第三者の行為によるケガや病気の治療に保険証を使う場合は、保険者(北斗市国保)へ届出が義務づけられています。

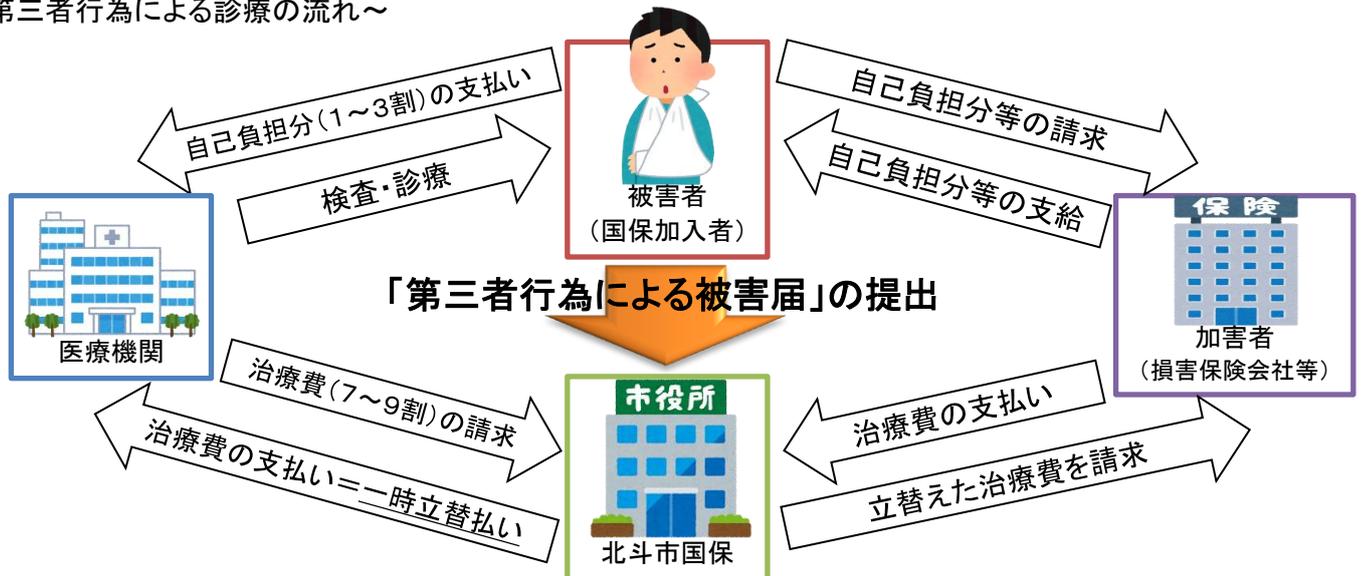
本来、第三者の過失により受けたケガや病気の治療費は、原則として加害者が全額負担すべきものです。

したがって、保険証を使用して治療を受けた場合は、加害者が負担すべき医療費を国保が一時的に立替えて医療機関へ支払い、後日その費用を被害者に代わって加害者へ請求します。

## こんなときに届出が必要です(具体例)

- ◎ 交通事故
- ◎ 他人の犬に噛まれた
- ◎ スキー・スノーボード等の衝突・接触事故
- ◎ けんか
- ◎ 飲食店等での食中毒
- ◎ 工事現場からの落下物等でのケガ

～第三者行為による診療の流れ～



## 提出していただくもの

第三者行為による被害届	事故の状況は「交通事故証明書」を参考に記入してください。保険に関する事項は「自動車損害賠償保険証明書」や「任意保険証書」を参考に記入してください。
第三者行為基本調査書(交通事故)	
事故発生状況報告書	図や説明はできるかぎり詳細を正確に記入してください。
念書(兼同意書)(被害者側)	被害者が作成してください。本人が記入できない場合は、代理の方の署名・押印が必要です。
誓約書(加害者側)	加害者に作成していただいでください。誓約者は原則として加害者本人となりますが、未成年者や学生等の支払不能者である場合は、その親権者等となります。
交通事故証明書	原則、原本をご提出ください。ただし、証明書の申請者が原本証明している場合は写しの提出でも構いません。発行手続きについては、自動車安全運転センターや警察署等へお問い合わせください。
人身事故証明書入手不能理由書	交通事故証明書が物件事故扱いの場合、もしくは証明書に被害者名の記載がない場合にご提出ください。

## 注意

- ◆ 被害者と加害者の話し合いがついて示談をしてしまうと、その示談内容が優先されるため、国保が加害者に対して医療費を請求できなくなる場合があります。  
示談の内容によっては、被害者の方から医療費を返還していただくことにもなりますので、示談をする場合は事前にご連絡いただくとともに、示談成立の場合は速やかに示談書の写しを提出してください。
- ◆ 相手(加害者)が家族や親戚であっても届出が必要です(家族が運転車両に同乗中の事故など)
- ◆ 自損事故など相手がいない場合や、相手方が不明の場合でも届出が必要です。
- ◆ 工作中的ケガなどは、労働災害保険(労災)の対象となるので、国保で治療を受けることはできません。お勤め先に速やかにお申し出ください。なお、すでに国保の保険証を使って治療されている場合は、右記お問い合わせ先まで至急ご連絡ください。
- ◆ 飲酒運転や無免許運転、犯罪行為や故意に負傷したときなど、傷病の原因によっては保険証が使えない場合があります。

お問い合わせ先  
 〒049-0192  
 北斗市中央1丁目3番10号  
 北斗市役所民生部国保医療課国保係  
 TEL: 0138-73-3111(内線184~185)

## 第三者行為による被害届

被害者	被保険者証の記号番号		被保険者名(被害者名)	世帯主との続柄		
			被保険者個人番号		年 月 日生	
加害者	住所		氏名		職業	TEL
加害者の使用主	住所		氏名		職業	TEL
負傷の日時及び場所		年 月 日	午前 午後	時 分頃	場所	
発病の原因又は負傷時の状況						
傷病又は負傷の程度	傷病名		治癒までの見込み	入院 日	通院 日	医療費 円
	〔 国保後期介護 〕 による		〔 診療給付 〕	平成 年 月 日からしている。 していない。		
診療を受けた機関名	当初		移転後			
自動車の加害自動車の場合	自賠責保険契約会社名			証明書番号	第	号
	契約者住所			契約者氏名		
	所有者住所			所有者氏名		
	登録番号又は車両番号			車台番号		
	任意保険(対人)の有無	有	保険株式(相互)会社 農業協同組合		無	
損害賠償に関する交渉の経過						
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">北斗市長 様</p>						
<p>注 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。</p> <p>2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写を提出してください。</p> <p>3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。</p> <p>4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。</p>						

# 第三者行為基本調査書(交通事故)

保険者等名

事故発生年月日		平成	年	月	日	時	分頃	
事故発生場所								
被害者 (被保険者 加入者)	住所							
	氏名	男・女 歳						
	職業	TEL						
加害者 (運転者)	住所							
	氏名	男・女 歳						
	車両の保有者との関係	職業	TEL					
保有者	住所							
	氏名	TEL						
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名 組 合 名						支店
		証明書番号	第	号				
保 険 契 約 者	有・無	住所						
		氏名	TEL					
加 害 者	種 別			登録(車両番号)				
		自 平成 年 月 日 ~		午前 午後 時		ヵ月間		
保 険 期 間	未請求	請求済		本請求済		平成 年 月 日頃		
		月頃請求する予定		仮渡内払 回		円 円		
任 意 保 険	有・無	保険会社名 組 合 名						支店
		証明書番号	第	号				
保 険 契 約 者	有・無	住所						
		氏名	TEL					
加 害 者	種 別			登録(車両番号)				
		自 平成 年 月 日 ~		午前 午後 時		ヵ月間		
対 人 関 係	自賠との係	任意保険会社が自賠一括払の有・無		人身傷害保険会社が自賠一括の有・無				
医療機関名 サービス事業者等名				傷病名				
示談内容		成立 年 月 日、未成立、交渉中( 年 月 日現在)						
摘要欄		高額医療費支給の (高額介護サービス費) 有・無		市町村担当者名 TEL				
損保会社				担当者名 TEL				



# 念書(兼同意書) (被害者側)

- 1 私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けたときは、国民健康保険法第64条第1項の規定により 保険給付額の限度において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。
- (1) 保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険(共済)からの損害賠償金を貴殿が優先して受領されること。
  - (2) 加害者と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴殿にその内容を申し出ること。
  - (3) 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
  - (4) 加害者側から金品を受けたとき、受領年月日、内容、金額(評価額)をまれなく、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 2 私が被った保険事故について、私の個人情報以下に掲げる利用目的のため損保会社等に対し提供することに同意します。

- (1) 提供する個人情報
  - ① 保険事故に関する国民健康保険診療報酬明細書
  - ② 第三者行為による被害届(交通事故)
  - ③ 交通事故証明書
  - ④ 事故発生状況報告書
  - ⑤ 念書(兼同意書)
  - ⑥ その他
- (2) 利用目的  
損保会社等に対する第三者行為の求償事務

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

北斗市長 様

記

事故発生日	平成 年 月 日	事故発生場所	
加害者	住所		
	氏名		
被害者	住所		
	氏名		
※被害者と誓約者との関係			

※印欄は、誓約者と被害者が異なる場合のみ記入してください。

# 誓約書 (加害者側)

1. 貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、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) 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払すること。

(2) 上記1の支払に充てるため \_\_\_\_\_ 保険株式会社 (共済農協組合) に対して

有する自賠責保険(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認し、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。

2. 貴殿が私の加入する自動車損害賠償保険会社から、損害賠償請求にあたり情報の提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

北斗市長 様

記

被害者	住所		
	氏名		
保有者	住所		
	氏名		
加害者	住所		
	氏名		
※加害者と誓約者との関係		自賠責(共済)証明書番号	

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

# 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。)

<p style="text-align: center;">理 由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 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> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</p> <p><input type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">【理由】</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。

届出警察	警察 担当官 <small>(判明している場合)</small>	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。

<input type="radio"/>	当事者	住所 〒 _____	記入日	年	月	日
<input type="radio"/>	目撃者	_____				
<input type="radio"/>	その他( )	氏名 _____	(印)			
※ 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、または目撃者の方をご記入ください。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、または目撃者の方をご記入ください。

(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
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: 80%; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>		

【 事案情報 被害者名: \_\_\_\_\_ 事故日:平成 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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。