

(様式第7号)

第三者行為・自損事故による傷病届

被保険者証の 記号番号	記号	徳産国	番号		〒	住所
受 傷 者 名			世帯主 との 続柄		男 女	世帯主 氏名 TEL ()
事 故 内 容	発生日時	年 月 日		午前・午後 時 分		
	発生場所	県 市 町				
	傷害区分	交通事故・自損事故・けんか・その他 ()				
	状 況	出勤途中・業務中・社用外出中退勤途中(自宅直行・寄り道等あり) 勤務日の休憩中・私用中・その他				
	具体的状 況及び被 害の程度					
受診医療機関	病院名		所在地			
	保険診療を受けた 自 年 月 日 日間 (又は見込み)期間 至 年 月 日					
加 害 者	いる※1 ・ いない ・ 不明 (※1 いる場合は下記の加害者情報をご記入下さい)					
加 害 者 情 報	住所・氏名	氏名		住所	〒	TEL ()
	勤務先の 名称住所	名称		住所	〒	TEL ()
	示 談 の 状 況	交渉中 成立した・成立しない (月 日現在)		損害 賠償 の額		内 訳 医療費 円 その他 円
	自動車損 害賠償責 任 保 険	加入の 有・無	有・無	契約保険会社名		
			保険証明証番号			
	保険契約期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日				
上記のとおりお届けします。 年 月 日 世帯主氏名 ⑧ 徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿						

添付書類

1. 示談が成立しているときは、示談書の写し
2. 警察が発行する事故証明書 (原本)

(様式第7号)

第三者行為・自損事故による傷病届

被保険者証の 記号番号	記号 徳産国 0408	番号 33333	〒 771-0142 住所 徳島市川内町沖島 457	
受傷者名	国保 花子	世帯主 との 続柄 妻	男 世帯主 <input checked="" type="radio"/> 女 氏名 国保 守 TEL 088 (665) 2227	
事故内容	発生日時	令和 5 年 5 月 17 日 午前 <input checked="" type="radio"/> 午後 3 時 00 分		
	発生場所	徳島 県 徳島 市 川内 町		
	傷害区分	交通事故・ <input checked="" type="radio"/> 自損事故・けんか・その他()		
	状況	出勤途中・業務中・社用外出中退勤途中(自宅直行・寄り道等あり) 勤務日の休憩中・ <input checked="" type="radio"/> 私用中・その他		
	具体的状況及び被害の程度	原付バイクで走行中、スリップして転倒した。		
受診医療機関	病院名 けんろう病院	所在地 徳島市川内町沖島 456		
	保険診療を受けた 自 令和 5 年 5 月 17 日 (又は見込み)期間 至 令和 5 年 6 月 30 日 5 日間			
加害者	いる※1・ <input checked="" type="radio"/> いない・不明 (※1 いる場合は下記の加害者情報をご記入下さい)			
加害者情報	住所・氏名	氏名	住所 〒 TEL ()	
	勤務先の名称住所	名称	住所 〒 TEL ()	
	示談の状況	交渉中 成立した・成立しない (月 日現在)	損害賠償の額	内訳 医療費 円 その他 円
	自動車損害賠償責任保険	加入の有・無 有・無	契約保険会社名 保険証明証番号	保険契約期間 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日
上記のとおりお届けします。 令和 5 年 7 月 10 日 世帯主氏名 国保 守 徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿				

添付書類

1. 示談が成立しているときは、示談書の写し
2. 警察が発行する事故証明書(原本)



第三者行為・自損事故による傷病届

被保険者証の 記号番号	記号 徳産国 0403	番号 33333	世帯主 〒 771 - 0142 住所 徳島市川内町沖島 457
受傷者名	国保 守	世帯主との 続柄 本人	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 氏名 国保 守 TEL 088 (665) 2227
事故内容	発生日時	令和 4 年 2 月 1 日 午前・ <input checked="" type="radio"/> 午後 6 時 40 分	
	発生場所	徳島 県 徳島 市 川内 町 沖島	
	傷害区分	交通事故・自損事故・ <input checked="" type="radio"/> けんか・その他 ()	
	状況	出勤途中・業務中・社用外出中退勤途中(自宅直行・寄り道等あり) 勤務日の休憩中・ <input checked="" type="radio"/> 私用中・その他	
具体的状況及び被害の程度	友達と口論なり相手が殴ってきて受傷した。		
受診医療機関	病院名	宮田病院	所在地 徳島市内下助任2丁目9-1
	保険診療を受けた 自 令和 4 年 2 月 1 日 日間 (又は見込み)期間 至 年 月 日		
加害者	<input checked="" type="radio"/> いる※1・ <input type="radio"/> いない・ <input type="radio"/> 不明 (※1 いる場合は下記の加害者情報をご記入下さい)		
加害者情報	住所・氏名	氏名 徳島 一郎	住所 〒 771 - 0142 徳島市川内町宮島 TEL 088 (665) 0001
	勤務先の名称住所	名称 徳島ホーム	住所 〒 771 - 0142 徳島市川内町沖島 TEL 088 (665) 3333
	示談の状況	交渉中 成立した・ <input checked="" type="radio"/> 成立しない (月 日現在)	損害賠償の額 円 内訳 医療費 円 その他 円
	自動車損害賠償責任保険	加入の有・無 有・無	契約保険会社名 保険証明証番号 ----- 保険契約期間 自 年 月 日 ~ 至 年 月 日
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 4 年 2 月 10 日</p> <p>世帯主氏名 国保 守 </p> <p>徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿</p>			

添付書類

1. 示談が成立しているときは、示談書の写し
2. 警察が発行する事故証明書 (原本)

(様式第8号)

念 書

年 月 日 () において ()
の不法行為により () の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場合は、私が加害者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項の規定によって保険者が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. 加害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。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者側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貴職に届け出ること。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿

(様式第 10 号)








第三者行為調査票 (被保険者用)

被 保 險 者	記 号	徳産国	番 号	世帯主 氏 名		
	住 所	〒		電 話	()	
	氏 名			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生	
事 故	発生年月日	年 月 日		午前 午後	時 分頃	
	発生場所					
事 そ	故 原 因 と の 状 況					
第 三 者 に 関 す る 状 況	第 三 者	住 所	〒	電 話	()	
		氏 名			生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日生
	第 三 者 の 使 用 者	住 所 (所在地)	〒	電 話	()	
		名 称				
		代 表 者 氏 名				
第 三 者 の 自 賠 保 険 関 係	契 約 先			証 明 書 番 号		
	保 險 契 約 者 住 所				氏 名	
	保 有 者 住 所				氏 名	
	運 転 者 住 所				氏 名	
	車 種 別		登 録 番 号		車 台 番 号	
	保 險 期 間	自	年 月 日	～ 至	年 月 日	
		未請求 月ごろ請求する予定 請求する前に必ずご連絡 ください。	請求済 仮 渡 内 払	_____ 円 _____ 円	本請求済	_____ 円 _____ 円
示 談 関 係	◎成立している場合	◎成立しない	◎交渉中			
	示談書 (写) を添付 してください。 成立年月日 年 月 日	(月 日現在)	(成立すればすぐ連絡し てください。)			

(被保険者用)

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 (甲車運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他
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)
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	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; justify-content: space-between;"><div style="width: 60%;"></div><div style="width: 35%; text-align: right;"><p>甲車 </p><p>甲車以外の車 </p><p>進行方向 </p><p>信号 </p><p>一時停止 </p><p>人間 </p><p>自転車 オートバイ </p></div></div>					
い 上 地 図 の 説 明 を 書 い て く だ 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 TEL ()
保有者	〒 住所		氏名 TEL ()

年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名 _____ ㊞

(様式第 10 号の 1)








第三者行為調査票 (第三者用)

自 賠 保 険 関 係	契 約 先		証 明 書 番 号						
	保 険 契 約 者 住 所		氏 名						
	保 有 者 住 所		氏 名						
	運 転 者 住 所		氏 名						
	車 種 別		登 録 番 号		車 台 番 号				
	保 險 期 間	自	年	月	日	～	至	年	月
	未 請 求 月 日 頃 請 求 する 予 定 請 求 する 前 に 必 ず ご 連 絡 く だ さ い。	請 求 済 仮 渡 _____ 円 内 払 _____ 円	本 請 求 済 月 日 頃 _____ 円						
任 意 保 険 (対 人)	有 ・ 無	契 約 先	保 險 金 額	万円					
	証 書 番 号								
	保 険 契 約 者 住 所								
	保 険 契 約 者 氏 名								
保 險 期 間	自	年	月	日	～	至	年	月	日
示 談 関 係	◎ 成 立 して いる 場 合	◎ 成 立 し ない	◎ 交 渉 中						
	示 談 書 (写) を 添 付 し て く だ さ い。 成 立 年 月 日 年 月 日	(月 日 現 在)	(成 立 す れ ば 速 ぐ 連 絡 し て く だ さ い。)						

(第三者用)

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 (甲車運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他
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)
事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい。	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; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>甲車 </p> <p>甲車以外の車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車オートバイ </p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>甲車</p> <p>甲車以外の車</p> <p>進行方向</p> <p>信号</p> <p>一時停止</p> <p>人間</p> <p>自転車オートバイ</p> </div> </div>					
上地図の説明を書いてください。						

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 TEL ()
保有者	〒 住所		氏名 TEL ()

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

氏名 _____ ㊞

(様式第 21 号)

確 約 書

下記の事故による受傷者が貴国保組合の国民健康保険による診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については国民健康保険法第 6 4 条の規定により給付・医療の価格の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した貴国保組合からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

年 月 日

支払義務者 住所

氏名

㊞

連帯保証人 住所

氏名

㊞

徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿

記

被保険者住所 (受 傷 者)		氏名		生年	昭・平 令	年
第 三 者 住 所		氏名		支払義務者との 関係		
発病 (負 傷) 年 月 日	年 月 日	原因	1. 交通事故 2. けんか 3. その他			
事 故 発 生 場 所						



確 約 書

下記の事故による受傷者が貴国保組合の国民健康保険による診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については国民健康保険法第 6 4 条の規定により給付・医療の価格の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した貴国保組合からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

令和 4 年 2 月 1 日

支払義務者 住所 徳島市川内町宮島

氏名 徳 島 一 郎



連帯保証人 住所 徳島市川内町宮島

氏名 徳 島 三 郎



徳島建設産業国民健康保険組合理事長 殿

記

被保険者住所 (受傷者)	徳島市川内町沖島	氏名	国保 守	生年	昭・平 令	36年
第三者住所	徳島市川内町宮島	氏名	徳島 三郎	支払義務者との関係	父	
発病(負傷) 年 月 日	令和 4 年 2 月 1 日	原因	1. 交通事故 2. けんか 3. その他			
事故発生 場 所	徳島市川内町沖島					