

# 第三者行為申請手続き

## ◎提出書類

1. 第三者行為による傷病届
2. 事故発生状況報告書
3. 念書
4. 交通事故証明書








## 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号/保険名	東国		東北町	
	保険者の住所(届出先)	〒 039-2696 青森県上北郡東北町字塔ノ沢山1-94			
	被保険者氏名 ※国民健康保険の場合は世帯主名	ふりがな 氏 名		印	
被害者・(受診者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	歳
	続柄/生年月日	届出者との関係		生年月日 年 月 日	
	住所/電話	〒		TEL ( )	
	備 考				
(加害者)	氏名/性別/年齢	ふりがな 氏 名		男 ・ 女	歳
	住所/電話	〒		TEL ( )	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険(第三者)	保険会社名				
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間/自賠責番号	保険期間 年 月 日～ 年 月 日		自賠責番号	
任意保険(加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地/電話	〒		TEL ( )	
	担当者名/E-mail	ふりがな 氏 名		E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名			
	住 所	〒			
	保険期間/契約番号	保険期間 年 月 日～ 年 月 日		契約番号	
	任意対人一括の有無				
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 ・ 無		保険会社・担当者名 TEL ( )	
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話番号	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL	
	所在地	〒		入院	有 ・ 無
	診療機関名/治療開始日/電話番号	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL	
	所在地	〒		入院	有 ・ 無

(様式第5号)

# 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 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 歩行・その他	甲車 甲車以外の車
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)	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で記入してください)						
							甲車  甲車以外の車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 オートバイ 
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

甲との関係 ( )

報告者

氏名 

乙との関係 ( )

(様式第6号)

## 念 書

年 月 日 において  
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、あわせて次の事項に同意し、遵守することを誓約します。

1. 保険者または求償事務を受託した青森県国民健康保険団体連合会が、  
本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写し等を損害賠償請求す  
べき第三者（加害者及び損害保険会社等）に提出すること。
2. 保険者または求償事務を受託した青森県国民健康保険団体連合会が、  
受診した保険医療機関及び損害賠償請求すべき損害保険会社等から、  
本件保険事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。
3. 加害者と示談を行う場合は、必ず前もってその内容を申し出ること。
4. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
5. 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申し出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

尚

市（町・村・組合理事）長 殿