様式8号の1

【国民健康保険用】

第三者の行為による傷病届

令和○○年○○月○○日

(あて先)福岡市 〇〇 区長

世帯主 住 所 届出者の住所 氏 名 届出者の氏名 電 話 届出者の電話番号

次のとおりお届けします。

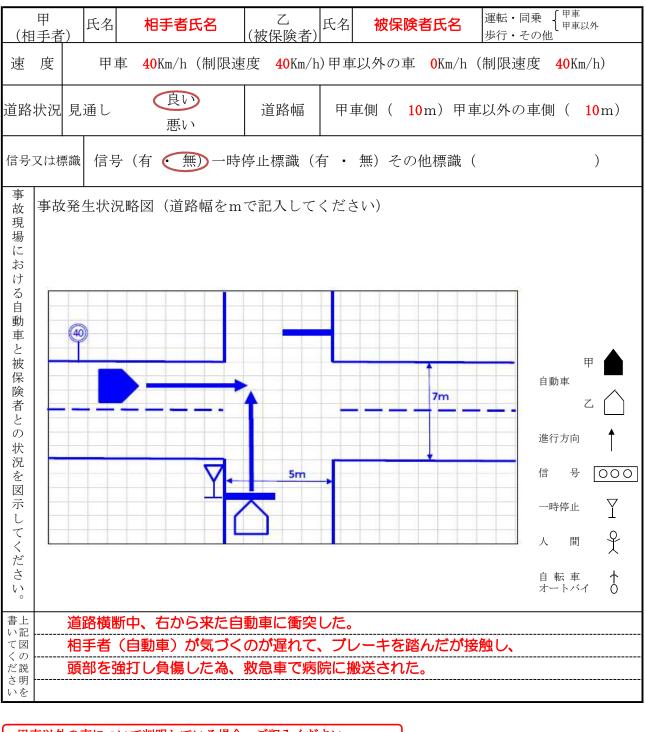
被保	以除者証記号	号・番号	0000	個人番号		委任時は不要					
		フリガナ		生年月日	平成○年 ○月 ○日(○○才)						
15	皮保険者	氏 名	被	保険者の氏名	職業	被保険者の職業					
	発生!	日時	令利	和〇〇年 〇〇月 〇	O 目	午前・午後 ○時 ○分頃					
	発生は	易所	福岡県庁前交差点								
事故の内容	事故原因		道路横断中、右から来た自動車に衝突。頭部を強打し負傷した。(事故発生状況 報告書参照)								
	警察署个	の届	富済 ・	未届 (いづれか○印)	届出原	听轄署	福岡	0	○ 警察署		
	心身の状況		相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気()							
		1/\ 1/L	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		身傷害	有無	損 保 名[損害○○○○会社]							
			担当者名[〇〇〇〇] 電話番号[092-000-00000]			

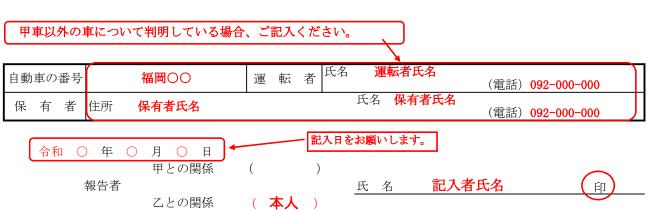
	相手者	住所	相手者の住所	電話 <mark>相手者の電話番号</mark>				
第三者		フリガナ 氏 名	カナ 相手者の氏名	年齢	○○才職業	相手者の職業		
		保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親加	 •	その他()		
(相手者)	保有者(所有者	住 所(所在地)	保有者の住所		電話	092-000-0000		
関係		名称	保有者の名称(会社名)					
	使用主	代 表 者	代表者名					
		契約者との関係	本人 ・ 譲受人 ・ 借受力	١	その他()		

	自賠責保険	保険会社(又は農協)			損害〇〇会社			共済 保険	証明書番号	自則	倍責保院	食証の	番号	
第		共保済険	住 所		保険の契約者の住所				電話 保険の契約者の電話番号					
第三者		契約	フリガラ	フリガナ		カナ 共済 期 間				自 令和○○年○○月○○日			月〇〇日	
0)		者	氏 名		相手車の自賠責契約者名			者名	保険		至 令和〇〇年〇〇月〇〇日			月〇〇日
共保 済険 関		相手	相手者の自動車			車 種 車の車種 登録番- 車両番-			事故	- トナンバー <mark>証明書に る番号</mark>	車台 車検証 から 番号 自賠責保険証から			証から
係			(対人) 有		却,	約保険会社	任意保險	食会社名		保険会社(共済))O#-I	こ、スセンター
	任		i(対人) 有無	「· 無	人	的不厌云红	電話番号	電話番号 092(000)0000			担当者 担当者名			
				無	ij	证券番号		貿	第 〇	0000	000	〇号		
傷病名及び傷病の程度治				頭部打撲				治療終了日 【〇〇年〇〇月〇日】						
療関	医療機関の所在地・名称					福岡○○病院 ○○市○○町○番								
係														
示談	- IV						日) #}**!/ <i>a</i>	· 交	渉	中 ・	き談はし	たい		
示談をする予定(C 損害賠償金を受領した場合						<u>ころ)・</u> 名)見込み 金額 - 金額	預又は	品目		受領年	年月日	
○交通事故証明書(自動○交通事故発生状況報告○念書(同封の用紙に被○誓約書(同封の用紙に○同意書(同封の用紙に○示談書の写し(示談書					計書(同封の用紙に記入)1皮保険者側で記入)1こ相手者側で記入)1こ被保険者側・相手者側それぞれで記入)1			1 岩	部 部 部 部					
, <u></u>	一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡してください。													
注3 注4														
連	絡	先				課		係	担当電	者(話()

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します。





念書(兼同意書)

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

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たときは、国民健康保険法 第64条第1項、福岡市医療費助成制度の助成を受けたときは、それぞれの福岡市医療費助成 制度各条例の所定の規定(福岡市子ども医療費助成条例及び福岡市重度障がい者医療費助成 条例にあっては第9条第1項、福岡市ひとり親家庭等医療費助成条例にあっては第10条第1 項)による保険給付額または医療費助成額の限度において、保険者または福岡市が相手者 (保険会社等を含む。以下同じ。)に対する損害賠償請求権を法令上当然に取得、行使、か つ賠償金を受領すること(以下「求償事務」という。)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。

(確認事項)

1 上記事故に関して、相手者の過失により私が被った損害のうち、保険給付または医療費助成がなされた場合は、その保険給付額または医療費助成額を限度に、私が行う自動車損害賠償補償法第16条の請求に優先して福岡市に支払われること。

(同意事項)

- 2 上記事故に関して、福岡市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(上記国民健康保険法及び福岡市医療費助成制度各条例の所定の規定)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、私が上記国民健康保険等の規定による保険給付または医療費助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- (1) 治療が完了したときは、必ず、福岡市に申し出ること。
- (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、必ず前もって福岡市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。

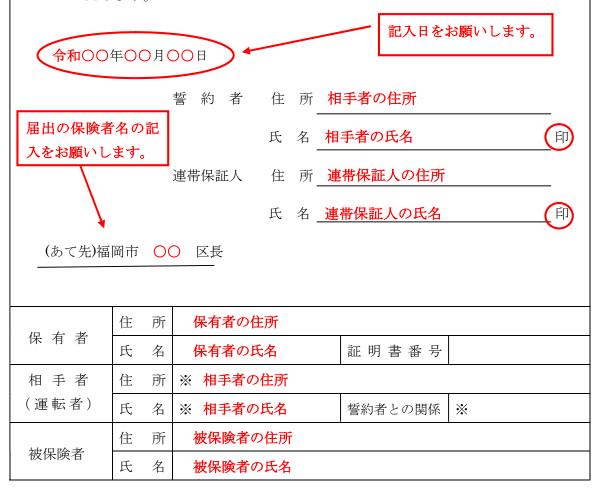


(注)被保険者が未成年者・その他法律行為を制限される場合は、親権者・その他法定代理人の方が署名してください。

誓 約 書(相手者側)

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、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します。

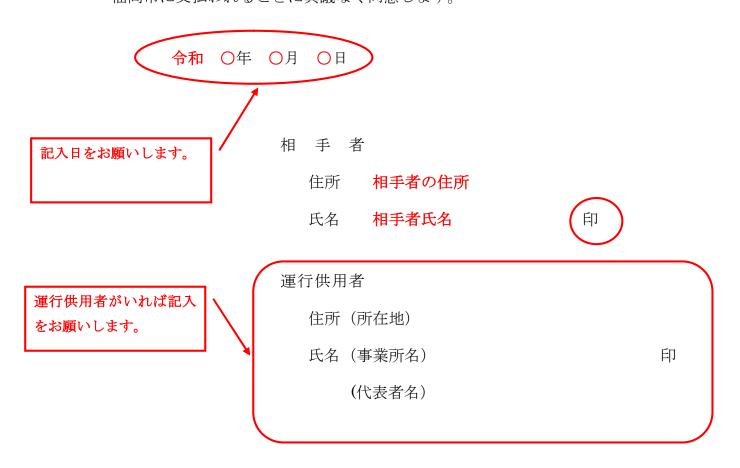
- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を福岡市に支払いすること。
- 2 被害者と示談を行うときはあらかじめ条件を福岡市に申し出て、了解を得ること。
- 3 上記1の支払いに充てるため<u>(例:自賠責保険者名)</u>保険会社(農業協同組合)に対して有する私の契約する自動車損害賠償責任保険(共済)から福岡市が、保険給付額を限度として優先的に受領することに異議なく同意いたします。



(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。



令和 ○年 ○月 ○日 <u>(場所:福岡県庁前交差点</u>) おいて、<u>私(相</u> **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 福岡市に支払われることに異議なく同意します。



(あて先)福岡市 ○○ 区長

【相手者提出用】