（様式第４号）

|  |
| --- |
| 念　　　　　　書　私が第三者の行為により被った保険事故について、（国民健康保険法・高齢者医療確保法・介護保険法）による（保険・医療・介護）給付を受けたときは、（国民健康保険法第６４条第１項・高齢者医療確保法第５８条第１項・介護保険法第２１条第１項）の規定によりその給付額の限度において、貴殿が相手方　　　　　　　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・医療・介護）給付額の限度において交通事故が負傷原因の場合、自動車損害賠償責任保険（共済金）を貴殿が優先して受領されること。２．相手方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、承諾を得ること。３．相手方に白紙委任状を渡さないこと。４．相手方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、かつ遅延なく貴殿に届け出ること。５．貴殿が相手方（損害保険会社等）に対し賠償金を請求するにあたり、給付内容、治療内容等の確認及び下記の書類を相手方（損害保険会社等）に提出することに異議がないこと。　・交通事故証明書（※交通事故が負傷原因の場合）　・事故状況報告書　・念書　・診療報酬明細書　・その他必要な書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　市町　　　　　国保組合理事　　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式第４号）

|  |
| --- |
| 念　　　　　　書　私が第三者の行為により被った保険事故について、（国民健康保険法・高齢者医療確保法・介護保険法）による（保険・医療・介護）給付を受けたときは、（国民健康保険法第６４条第１項・高齢者医療確保法第５８条第１項・介護保険法第２１条第１項）の規定によりその給付額の限度において、貴殿が相手方 加害 次郎 　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・医療・介護）給付額の限度において交通事故が負傷原因の場合、自動車損害賠償責任保険（共済金）を貴殿が優先して受領されること。２．相手方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、承諾を得ること。３．相手方に白紙委任状を渡さないこと。４．相手方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、かつ遅延なく貴殿に届け出ること。５．貴殿が相手方（損害保険会社等）に対し賠償金を請求するにあたり、給付内容、治療内容等の確認及び下記の書類を相手方（損害保険会社等）に提出することに異議がないこと。　・交通事故証明書（※交通事故が負傷原因の場合）　・事故状況報告書　・念書　・診療報酬明細書　・その他必要な書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　○○市○○町○○番地　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　国　保　　太　郎　　　　　㊞　　　　　市町　　　　　国保組合理事　　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

○印鑑証明書添付なしの理由（例）

受傷以来、入院中のため、印鑑証明書が取れません。

（様式第５号）

|  |
| --- |
| 誓　　　約　　　書　貴市町（組合、広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の被保険者　　　　　　　　　　が受けた（保険・医療・介護）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・医療・介護）給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。３．上記１の支払に充てるため交通事故が負傷原因の場合　　　　　　　保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約書の受領権行使をしないこと。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　誓約者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　保証人　　住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　市町　　　　国保組合理事　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式第５号）

|  |
| --- |
| 誓　　　約　　　書　貴市町（組合、広域連合）の（国民健康保険・後期高齢者医療・介護保険）の被保険者　国　保　　太　郎　が受けた（保険・医療・介護）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・医療・介護）給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。２．貴殿の書面承諾なしに示談したときは当該給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。３．上記１の支払に充てるため交通事故が負傷原因の場合　○○○○○○保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、その給付額を限度として貴殿が優先的に受領することを承諾し、同優先部分については誓約書の受領権行使をしないこと。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　誓約者　　住所　　○○市○○町○○番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　加　害　　次　郎　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　保証人　　住所　　未成年者の場合は監督義務者　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　市町　　　　国保組合理事　　　　広域連合　　　長様 |

※　印鑑登録証明書を添付して下さい。

○誓約書入手不能理由（例）

事故原因について、当事者間で主張の違いがあるため、相手側に署名押印をしていただくことができません。

（参考様式５）

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 |  | 被保険者名 | 年　　月　　日生 | 世帯主との続柄 |
|  |
| 加害者 | 住所 |  | 氏名 |  | 職業 | 電話 |
| 加 害 者の使用者 | 住所 |  | 氏名 |  | 職業 | 電話 |
| 負傷の日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　午前　　　　年　　　月　　　日　　午後　　　時　　　分頃 |
| 負傷の場所 |  |
| 負傷の原因又は状況 |  |
| 疾病又は負傷の程度 |  | 治癒までの見込み | 入院　　　　　　　　　日通院　　　　　　　　　日診療費総額　　　　　　円 |
| 保険による診療 | 　　年　　月　　日からしている、していない |
| 診療を受けた保険医療機関名 | 当初 |  | 転移後 |  |
| 自動車事故の場合の加　害自動車 | 自賠責保険契約会社名 | 　　　　　保険株式会社　　　　　　　共済組合 | 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 |  |
| 登録番号又は車輌番号 |  | 車台番号 |  |
| 任意保険 | 　有 （　　　　　　　　　　保険株式会社 ・ 共済組合） ・　無 |
| 損害賠償交渉の経過 |  |
| ○○保険法施行規則第○○条の○の規定により上記のとおり届けます。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　保険者長　　様 |
| 注　１．疾病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入願います。　　２．損害賠償交渉の経過は、費用負担額および支払者を記入し、示談書写しを添付願います。　　３．自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入願います。　　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願います。 |

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（参考様式５）

第三者の行為による被害届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 | １１１１１１ | 被保険者名 | 国保　太郎Ｓ○○年○月○日生 | 世帯主との続柄 |
| 本　人 |
| 加害者 | 住所 | ○○市○○町○○番地 | 氏名 | 加害　次郎 | 職業 | 会社員電話 ○○○-○○○○ |
| 加害者の使用者 | 住所 | ○○市○○町○○番地 | 氏名 | ○○○○会社 | 職業 | サービス業電話　〃 |
| 負傷の日時 | 　　　　　　　　　　　　　　　午前　平成　○○年　４月　１日　　午後　　６時　３０分 頃 |
| 負傷の場所 | 　○○市○○町○○番地 |
| 負傷の原因又は状況 | 　事故発生状況図のとおり、相手車が一時停止をせず進入し衝突した |
| 疾病又は負傷の程度 | 　右前腕骨骨折 | 治癒までの見込み | 入院　分かる範囲でよい日通院　　　　　　　　　日診療費総額　　　　　　円 |
| 保険による診療 | 　平成○○年　４月　１日から　している ・ していない |
| 診療を受けた保険医療機関名 | 当初 | 　○○ 病院 | 転移後 | ○○ 整形外科 |
| 自動車事故の場合の加　害自動車 | 自賠責保険契約会社名 | 　　　　　　 保険株式会社　　　　　　　共 済 組 合東京海上日動火災 | 証明書番号 | 第　１－AB－234567　号 |
| 契約者住所 | ○○市○○町○○番地 | 契約者氏名 | 加　害　　次　郎 |
| 所有者住所 | 〃 | 所有者氏名 | 　〃 |
| 登録番号又は車輌番号 | 三重123あ１１１１ | 車台番号 | ＡＢ11Ｃ－10101 |
| 任意保険 | 　有 （　○○○○海上火災　保険株式会社 ・ 共済組合） ・　無 |
| 損害賠償交渉の経過 | 示談交渉中 |
| ○○保険法施行規則第○○条の○の規定により上記のとおり届けます。　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住所　○○市○○町○○番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　国　保　　太　郎　　　　　　　印　　　保険者長　　様 |
| 注　１．疾病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入願います。　　２．損害賠償交渉の経過は、費用負担額および支払者を記入し、示談書写しを添付願います。　　３．自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を記入願います。　　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願います。 |