

提出書類 記入例

静岡県国民健康保険団体連合会

届出に必要な書類

P1 交通事故証明書

P2 第三者行為による傷病届

P3 事故発生状況報告書

P4 念書

P5 誓約書（取り付けが可能な場合）

P6 人身事故証明書入手不能理由書

国民健康保険法施行規則

第三十二条の六（第三者の行為による被害の届出）

給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、その事実、当該被保険者の氏名、当該被保険者が退職被保険者等である場合にあってはその旨、第三者の氏名及び住所又は居所（氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨）並びに被害の状況を、直ちに、保険者に届け出なければならない。

交通事故証明書の取り付け方法

- 原本ではなく、コピーでの提出も可能です。
- 損保会社の担当者にご確認ください。
【損保会社に取り付けしていれば、そのコピーを依頼してください。】
- 「交通事故証明書」は、自動車安全運転センターにて、交付手数料1通につき800円で発行されます。（他府県でおきた交通事故についても申請できます。）

【静岡県事務所：〒420-0949 静岡市葵区与一6丁目16-1
静岡県警察本部中部運転免許センター内 TEL054-252-3191・3192】

※自動車安全運転センターに出向けない場合は、最寄りの警察署、交番、駐在所、損害保険会社、農業協同組合等に申請用紙が備え付けてあります。別途振込手数料を添えて郵便局から申し込みをすると、郵送してもらえます。また、交通事故の当事者本人に限り、インターネットでの申請も可能です（別途払い込み手数料がかかります）。詳しくは自動車安全運転センターのホームページまたは直接お問い合わせください。

交通事故証明書

事故照会番号 第 号 甲・乙 との続柄 本人 理

発生日時	令和 年 月 日 午前 時 分 ころ			備考 甲・乙以外の当事者 有（別紙のとおり） 1枚
発生場所				
住所	(In)			備 考
氏名	昭和 年 月 日 生 月 日 (歳)			
車種	自家用	車 両 記 号		
自賠責保険関係	有り 共済火災海上	証明書番号		
状態	運転・同乗(運転者氏名) ・歩行・その他			
住所	(In)			備 考
氏名	昭和 年 月 日 生 月 日 (歳)			
車種	自家用	車 両 記 号		
自賠責保険関係	有り あいおいニッセイ同和損害保険	証明書番号		
事故時の状態	運転・同乗(運転者氏名)			
事故類型	車 両 相 互			
	人対車面	正面衝突	側面衝突	出会い頭衝突
			接触	追突

上記の事項を確認したことを証明します。
なお、この証明は損害の種類とその程度、事故の責任を明らかにするものではありません。

令和 年 月 日
自動車安全運転センター
静岡県事務所長

証 明 番 号 照合記録簿の種類 人身事故

交通事故による傷病届等
記載のポイント

①

事故発生日時
事故発生場所

②

【相手方の自賠責】
契約保険会社名
保険証明書番号

※注意※
甲・乙のうち氏名等から
相手方車両のものを
御確認ください。

※注意※

枚数をご確認ください。多重
事故の場合は複数枚あります
ので、ご注意ください。

第三者行為による傷病届

被保険者に関する事項	あなた 被保険者氏名		国保健子 ●●年●●月●●日生(男・女)		保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護	
	住所		静岡県 ○○市○○町11-123		電話	123456 054-111-0000	
	人身傷害保険(補償)加入の有無	(有)・無	保険会社名	△△損保	担当者	損保一男	
			支店名	○○SC	電話	054-222-0000	
	医療機関名	◎◎病院		▲▲整形外科		■ ■ 介護事業所	
保険診療 介護サービス 開始日	●●年●●月●●日 (入院) 通院		●●年●●月●●日 入院 (通院)		治療を受けた医療機関名、診療開始日等を記入してください。		
治療費等支払者		(被保険者)・相手方・損保会社・使用者		被保険者・相手方 (損保会社)・使用者		(被保険者)・相手方・損保会社・使用者	
事故状況	事故発生日時		●●年●●月●●日 午前・午後 ●●時 ●●分頃				
	事故発生場所		○○市中央町 67-890				
相手方に関する事項	住所	○○市本町 34-56			氏名	加害一郎	
					電話	054-333-0000	
	住所	○○市○○町 567-89			電話	054-555-0000	
	者名	株式会社◆◆◆ 代表取締役 静岡花郎					
	自賠責保険(共済)		任意保険(共済)				
	○○市本町 34-56		同左				
	加害一郎		同左				
	◇◇火災		□□共済				
	●●年●●月●●日から ●●年●●月●●日まで		●●年●●月●●日から ●●年●●月●●日まで				
	RG-1234999		221234567				
任意保険(共済)関係	支店名	○○支店	担当者	損保太郎	電話	054-777-0000	

上記のとおりお届けします。

届出人(○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

●●年●●月●●日

○ ○ 市 長 様

氏名

国保健子

※お願い 交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。

署名をお願いします。

事故発生状況報告書

別紙交通事故発生状況報告書を添付して下記のとおり報告いたします。

相手方

あなた

甲(相手方)	氏名	加害一郎		乙(被保険者)	氏名	国保健子		運転・歩行・その他 同乗(相手車・相手車以外)
速度	相手車 ●●km/h(制限速度 ●●km/h), 相手車以外の車 ●●km/h(制限速度 ●●km/h)							
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	相手車側(8 m), 相手車以外の車側(10 m)				
信号又は標識	信号	有り 無し	一時停止標識	有り 無し	その他			
事故発生状況を図示して下さい	交通事故の状況(信号機の色等)、事実に基づいて正確に記載してください。							
	上記図の説明を書いて下さい。 交差点を青信号に従い左折し始めたところで、横断歩道を青信号で歩行中の人を発見し、停車したところへ、後続車の相手者(甲車)が、自車(乙車)の右後部に衝突した。							

署名又は記名・押印をお願いします。

●●年●●月●●日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 (本人)

氏名

国保健子

国保

※署名又は記名・押印

個人情報保護関連の同意書も兼ねています。
内容をご確認ください。

念 書

事故日

事故発生場所

●●年 ●●月 ●●日

●●市中央町 67-890

において

加害一郎

の不法行為により

国保健子

の被った

相手方

国民健康保険法

あなた

保険事故について介護保険法による保険給付を受けた場合は、私が
高齢者の医療の確保に関する法律
指定公費負担医療に係る軽減特例措置

国民健康保険法第64条第1項

第三者に対して有する損害賠償請求権

交通事故証明書でご確認ください。

【P1のA参照】

指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

国

規定によって保険者が給付（支給）の価額の限度において取得、行使し、か
高齢者医療広域連合

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 治療が完了したときは、必ず貴職に申し出ること。
- 2 第三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。
- 3 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 第三者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。
- 5 本件保険事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基

記入日を記載してください。

職から求償
保険団体連合会が取得、利用することと同

(注)未成年の場合は、親権者が記入をしてください。

署名又は記名・押印をお願いします。

●●年 ●●月 ●●日

住 所 ○○市中央町 11-123

氏 名 国保健子



※署名又は記名・押印

○ ○ 市長 殿

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

(注意)
 相手方に記載していただく書類です。
 相手もしくは損保担当者に記載の依頼をしてください。
 ※取り付け不能な場合、提出は不要です。

誓 約 書

●●年 ●●月 ●●日

相手もしくは損保担当者

○ ○ 市 長 殿

住所 ○○市本町 34-56
 損害賠償 氏名 加害一郎
 義務者

印

あなた

国民健康保険 貴介護保険 高年齢者医療 の被保険者 国保健子 殿が 国民健康保険法 介護保険法 高年齢者医療確保法 指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

国
 によって受けた給付(支給)は、私の不法行為にもとづくものでありますので、保険者に
 広域連合

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日	●●年 ●●月 ●●日		
事故場所	○○市中央町 67-890		
被保険者	住所	○○市中央町 11-123	
	氏名	国保健子	
支払方法	一括払 分割払 その他		
備考			

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 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。)

理 由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	☐ 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
	☐ 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
☐ 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	
☐ 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）	【理由】
☐ その他（理由を具体的に記載してください。）	【理由】
◆ 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 (判明している場合)
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。	
☐ 当事者	住 所 〒 記入日 年 月 日
☐ 目撃者	氏 名 ⑧
☐ その他 ()	電 話 ()
※ 該当する項目に○印をしてください	

(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、または目撃者の方がご記入ください。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、または目撃者の方がご記入ください。

(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。

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談
年 月 日	☐ 病院 ☐ 目撃者 ☐ 運転者 ☐ 被害者 ☐ 修理工場 ☐ その他 ()	☐ 電話 ☐ 文書 ☐ 面談

◆ その他・特記事項

【事案情報】 被害者名: 事故日: 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				
甲	住 所	電話 ()		
	氏 名	生 年 月 日	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 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	
乙	住 所	電話 ()		
	氏 名	生 年 月 日	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 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	
丙	住 所	電話 ()		
	氏 名	生 年 月 日	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 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	
丁	住 所	電話 ()		
	氏 名	生 年 月 日	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 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	
戊	住 所	電話 ()		
	氏 名	生 年 月 日	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 状 況	運転・同乗 (甲・乙)・歩行・その他	

交通事故証明書が発行されていない場合、または、交通事故証明書に被害者の方のお名前が記載されていない場合は必ず記入してください。

相手もしくは目撃者の署名又は記名捺印が必要です。被害者本人の署名捺印は不可。ただし保険会社の記入欄において保険会社が事故を証明している場合は被害者本人の署名捺印も可

※ 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。