

# 第三者行為求償事務の手引き

令和6年度版

高知県国民健康保険団体連合会

## 目 次

### I 第三者行為求償事務

|                 |   |
|-----------------|---|
| 1 国保求償権の概要      | 1 |
| 2 損害賠償請求権の法的根拠  | 2 |
| 3 第三者の範囲        | 3 |
| 4 不法行為          | 3 |
| 5 共同不法行為        | 3 |
| 6 代位取得の範囲       | 4 |
| 7 代位取得の成立要件     | 4 |
| 8 保険給付の免責       | 5 |
| 9 第三者行為事故の発見    | 5 |
| (1) 世帯主からの提出    |   |
| (2) レセプト点検からの発見 |   |
| (3) 医療機関からの通報   |   |
| (4) 国保連合会からの速報  |   |
| (5) その他         |   |
| 10 国保求償権の限界     | 6 |
| (1) 症状固定        |   |
| (2) 示談          |   |
| (3) 過失相殺        |   |
| (4) 好意同乗        |   |
| (5) 時効          |   |

### II 高知県国民健康保険等損害賠償請求事務共同処理規則 9

### Ⅲ 保険者における窓口事務

#### 1 窓口での事務処理…………… 1 5

- (1) 被保険者の確認
- (2) 代位取得の説明
- (3) 事故状況の聴取と調査
- (4) 損害賠償義務者の把握
- (5) 示談
- (6) 第三者の特定ができない場合

#### 2 委託書類の記載要領…………… 1 7

- (1) 損害賠償請求事務委託書
- (2) 第三者行為による傷病届
- (3) 第三者行為調査表（被保険者用）
- (4) 第三者行為調査表（第三者用）
- (5) 事故発生状況報告書
- (6) 念書
- (7) 確約書
- (8) 交通事故証明書
- (9) 人身事故証明書入手不能理由書

参考：第三者行為傷病届等の提出支援にかかる覚書の締結による

任意保険会社使用様式等…………… 3 5

### Ⅳ 国保連合会における事務…………… 4 0

### Ⅴ 参考資料

#### 1 自賠責保険と自動車保険（任意保険）の相違…………… 4 6

#### 2 無料交通事故相談機関…………… 5 0

# I 第三者行為求償事務

## 1 国保求償権の概要

国民健康保険（以下、「国保」という。）で被保険者が治療を受けた時、その治療の原因が第三者の不法行為に起因して生じたものである場合、この治療に係る費用は、第三者による不法行為がなければ発生しなかった費用であるため、第三者に賠償責任が生じます。

その場合、国保は一旦保険給付を行います。が、保険給付後に第三者の過失割合に応じた金額を第三者から回収することが必要になってきます。これは、第三者が負担すべき保険給付費を国保が負担したままにしておくことで、第三者の行為が無ければ、負担しなくてもよかったはずの保険給付費を、無関係の他の被保険者が負担することとなり、第三者は本来負担すべきであった保険給付費について、不当に利益を得ることになり、不公平な結果になってしまうからです。

そこで、国民健康保険法第 64 条第 1 項（高齢者の医療の確保に関する法律では第 58 条第 1 項が同様の規定となっています。）では、保険給付の給付事由が第三者の行為による時は、被保険者が第三者に対して有する損害賠償請求権のうち、保険給付分である保険者負担分の請求権を取得すること（これを「代位取得」といいます。）が規定されています。

この保険者が取得した第三者に対する損害賠償請求権を「国保求償権」といい、行使に係わる事務手続きを「第三者行為求償事務」と称しています。

---

〔用語の説明〕

### ◎第三者

保険の当事者である保険者と被保険者以外をいい、加害者がこれに該当します。

なお、加害者とは相手にケガをさせた方をいい、双方がケガを負った場合はお互いが被害者であり、加害者となります。

## 2 損害賠償請求権の法的根拠

### 《国民健康保険法第 64 条》

保険者は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、保険給付を行ったときは、その給付の価額（当該保険給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から、当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額とする。次条第 1 項において同じ。）の限度において、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

2 前項の場合において、保険給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、保険者はその価額の限度において、保険給付を行う責を免れる。

3 保険者は、第 1 項の規定により取得した請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務を第 45 条第 5 項に規定する国民健康保険団体連合会であって厚生労働省令の定めるものに委託することができる。

### 《高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条》

後期高齢者医療広域連合は、給付事由が第三者の行為によって生じた場合において、後期高齢者医療給付（前条第二項の規定による差額の支給を含む。以下同じ。）を行ったときは、その後期高齢者医療給付の価額（当該後期高齢者医療給付が療養の給付であるときは、当該療養の給付に要する費用の額から当該療養の給付に関し被保険者が負担しなければならない一部負担金に相当する額を控除した額。次条第一項において同じ。）の限度において、被保険者が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

2 前項の場合において、後期高齢者医療給付を受けるべき者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、後期高齢者医療広域連合は、その価額の限度において、後期高齢者医療給付を行う責を免れる。

3 後期高齢者医療広域連合は、第一項の規定により取得した請求権に係る損害賠償金の徴収又は収納の事務を国保連合会であって厚生労働省令で定めるものに委託することができる。

### 3 第三者の範囲

いわゆる加害者以外にも、以下の責任を負う者も含まれます。

- ◇責任無能力者を監督するもの（親権者、後見人等）
- ◇使用者（事業主、雇用主等）
- ◇土地、工作物等の占有者と所有者
- ◇動物の占有者、保管者
- ◇自賠責保険（共済）に基づく運行供用者
- ◇国家賠償法に基づく国・公共団体
- ◇自賠責保険（共済）に基づく損害保険会社（第三者の加入する任意保険）等

### 4 不法行為 ※第三者が存在しても不法行為が無ければ求償対象外です。

不法行為の成立要件

- ◇加害者に故意又は過失があること
- ◇他人の権利（利益）を違法に侵害したこと
- ◇加害者に責任能力があること
- ◇加害行為と損害の発生の上に因果関係があること

### 5 共同不法行為

共同不法行為とは、一般に複数の人の行為が関連し、共同して一つの不法行為を構成することをいいます。第三者各々が独立した不法行為の要件を備え、故意・過失・責任能力・因果関係があることが必要です。なお、各行為者が共同で損害を与えるという共同の認識はなくても、客観的に共同に関連していれば共同不法行為の成立となります。

※具体例

車両間の衝突で、同乗者や巻き添えにあった歩行者  
複数の車両玉突き事故

---

〔用語の説明〕

#### ◎故意

自己の行為により他人に損害を及ぼすことを知りながら、敢えて行うことであり、結果の容認があれば故意と判断される。

## ◎過失

自己の行為により他人の権利・利益を侵害することを知るべき立場にありながら、不注意によってそれを認識せず、行為に及ぶこと。

## 6 代位取得の範囲

保険者が代位取得する損害賠償請求権の範囲は、第三者の不法行為によって生じた損害のうち、保険者の行った保険給付の価額の限度になります。

まず、療養の給付については、その給付の価額に被保険者の支払った一部負担金の価額が含まれ、被保険者の負担に係る部分の損害賠償請求権までは保険者は代位取得ができません。従って、療養の給付の場合は一部負担金を控除した額（保険者負担額）を代位取得することになります。

その他、療養費・高額療養費・傷病手当金については、その支給額そのものが代位取得されます。代位取得されない一部負担金相当額については、被保険者に留保され、被保険者が第三者に対して損害賠償請求することになります。

## 7 代位取得の成立要件

保険者がこの損害賠償請求権を代位取得するためには、次の三つの要件が必要とされ、要件を満たせば保険者が行った保険給付の価額の限度において、法律上自動的に取得することになります。

### ① 給付事由が第三者の行為によって生じたこと

給付事由が第三者の不法行為による場合に国保求償権が発生します。

### ② その事故に対して保険者が保険給付を行ったこと

第二要件として、保険者が第三者の不法行為によって生じた給付事由に対して保険給付を行ったことが必要です。従って、被保険者が自費で診療した場合はこれに該当しません。

### ③ 当該被保険者の第三者に対する損害賠償請求権が現に存在していること

第三者の不法行為により存在する損害賠償請求権が消滅していないことが必要です。弁済・和解・示談・時効・免除等により、当該被保険者の損害賠償請求権が既に消滅している場合、保険者は代位取得できません。

## 8 保険給付の免責

保険給付する以前に、被保険者が第三者から保険給付と「同一の事由」の損害賠償を受けた場合には、保険者は被保険者に対する保険給付を免責されます。

これは、被保険者が同一の事故に対して損害賠償金と保険給付の二重の補填を受けて、不当に利益を得ることがないようにしたものです。

※被保険者が保険給付の内容とは関係の無い慰謝料等の損害賠償の支払いを受けた場合は、保険給付の免責に該当しません。

## 9 第三者行為事故の発見

第三者行為求償事務を実施する際に前提となるのは「事故発見」です。多数の保険給付の中から、第三者行為に関する事故分を見つけ出すのは大変手間のかかる仕事ではありますが、保険給付の事由を把握し国保求償権の行使をするために、以下のポイントを中心に発見に努めてください。

### （１）世帯主からの届出（後期高齢者では被保険者からの届出）

国民健康保険法施行規則第 32 条の 6（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条）の規定に基づき、保険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、直ちに保険者に届け出ることが義務付けられています。

しかし、現状ではなかなかこの届出がされないことが多いので、広報などを通じて届出義務の周知徹底を図ることが必要です。

### （２）レセプト点検からの発見

点検を行う際は、挫創・打撲・捻挫・骨折などの交通事故に伴って発生するとと思われる傷病名を点検し、疑わしいものは被保険者の世帯主に照会してください。

なお、救急病院・外科・整形外科等の病院に係わるものを中心に、レセプト点検をするのも効果的です。

### （３）医療機関からの通報

医療機関には、通報する義務はありませんが、保険者管内の医療機関には通報してもらうよう協力を依頼することが望ましいです。

#### **（４）国保連合会からの速報**

交通事故等の表示をされたレセプトで、国保連合会に委託をされていない分については、「第三者傷害（交通事故等）のレセプト調査リスト」を保険者事務支援システム（XRL）にて電子帳票として作成しますので、できるだけ早く確認してください。該当レセプトについては、国保総合システムで未委託分を指定し抽出できます。確認の結果、第三者行為によるものであれば、傷病届を提出するよう指導してください。

#### **（５）その他**

テレビ、ラジオ、新聞等の報道にも注意して発見に努めてください。

### **１０ 国保求償権の限界**

#### **（１）症状固定**

本来は労災用語で、「治療を継続しても治療効果が期待できず、後遺障害が残り一部機能喪失を防止するための加療の必要性が認められる程度の状態」をいいます。

症状固定日以降の治療費については、損害賠償請求権を放棄し示談することが通常となりますので、国保及び後期高齢の求償もそれ以降はできません。

#### **（２）示談**

示談とは当事者同士がお互いに譲歩して、その間にある争いをやめる契約をいいます。交通事故の場合、被害者と加害者の間で損害賠償金額について争いがあったとしても、交渉の末、一定の金額を支払う一方で、今後一切の請求をお互いにしないというものです。

##### **※示談前の求償**

示談成立以前に行った保険給付に係る損害賠償請求権の代位取得は、示談の影響を受けません。

##### **※示談後の求償**

示談が成立した後に保険給付があった場合は、求償できないことが通常です。それは示談時に今後一切の請求をしないことが合意されているからです。

ただし、示談後も一定期間の治療費を支払うことのでき、取り決めがあった場合には、当該期間までの求償は可能です。

### （３）過失相殺

過失相殺とは、損害賠償義務を負う加害者と被害者との間の実質的な公平を図るために、被害者に過失があるときはそれを考慮して、被害者が被った損害額から妥当な額を減額し、加害者に損害賠償させようとするもので、その結果、過失が相殺される限度で損害賠償請求権が消滅することになります。

過失割合の決定については、基本的な割合を決定し、その後個々の事故形態によって修正をすることもあります。

※裁判実務での交通事故の過失割合については、別冊判例タイムズ 38「民事交通訴訟における過失相殺率の認定基準」（全訂五版）がありますので参照してください。

### （４）好意同乗

運転者の好意により、その車に無償で同乗することを意味します。自賠責保険に請求した場合、好意同乗自体を理由として減額の対象にはなりません。任意保険等では、好意同乗者に何らかの帰責事由があるときには支払いが減額されることもあります。

### （５）時効

国保法上の時効については、第 110 条に規定されていますが、第三者行為による損害賠償請求権はこれに規定する徴収金に該当しないため、民法の規定によることとされています。

自賠責保険への被害者請求の時効

自賠責保険への被害者請求は、通常は事故発生から 3 年間で時効となります。

加害者が不明であって、その後判明したときはその時点から 3 年で時効となります。

※平成 22 年 3 月 31 日改定

2017 年 5 月に成立した「民法の一部を改正する法律」が 2020 年 4 月 1 日に施行されました。

■改正による権利行使期間の変化

|                                                               | 不法行為                                       | 債務不履行                                                      |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 改正前の民法                                                        | 損害及び加害者を知った時から 3 年以内であり、かつ、不法行為の時から 20 年以内 | 権利を行使することができる時から 10 年以内                                    |
| 改正後の民法<br>①損害賠償請求権<br>一般（②を除く）<br>例）事件・事故によって被害者の物が壊されてしまった場合 | 改正前と同じ                                     | 権利を行使することができることを知った時から 5 年以内であり、かつ、権利を行使することができる時から 10 年以内 |
| ②人の生命又は身体の侵害による損害賠償請求権<br>例）事件・事故によって被害者が怪我をしてしまった場合          | 損害及び加害者を知った時から 5 年以内であり、かつ、不法行為の時から 20 年以内 | 権利を行使することができることを知った時から 5 年以内であり、かつ、権利を行使することができる時から 20 年以内 |

■生命又は身体を害する不法行為に基づく損害賠償請求権の消滅時効の期間

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| 被害者又はその法定代理人が損害及び加害者を知った時点 | 時効が完成する時点            |
| 2017 年 3 月 31 日以前          | 知った時から 3 年（改正前の民法適用） |
| 2017 年 4 月 1 日以降           | 知った時から 5 年（改正後の民法適用） |

※これに加え、改正前・改正後のいずれにおいても、不法行為の時から 20 年の権利行使期間の制限があります

（出典：法務省のホームページ）

## Ⅱ 高知県国民健康保険等損害賠償請求事務共同処理規則

### （目 的）

第1条 この規則は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号。以下「法」という。）第64条に規定する損害賠償請求権（以下「求償権」という。）の事務を、高知県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）において共同処理することについて必要な事項を定め、損害賠償請求事務（以下「求償事務」という。）を円滑にすることを目的とする。

### （共同処理の範囲）

第2条 連合会における求償事務共同処理の範囲は、次の各号に掲げるものとする。

- （1）保険者に対する求償速報に関すること
- （2）求償権取得の有無の確認調査に関すること
- （3）処理方法決定のための調査に関すること
- （4）第三者、自動車損害賠償責任保険及び自動車損害賠償責任保険会社（以下「保険会社等」という。）への損害賠償金の請求及び受領に関すること。
- （5）その他共同処理を必要とするもの

### （委託契約）

第3条 連合会は、求償事務を委託する保険者との間で、求償事務委託に関する契約（様式第1号）を締結するものとする。

### （速 報）

第4条 連合会は、保険給付の事由が第三者行為によるものについて、保険者がその事故にかかる事務をじん速かつ的確に処理するために必要な事項を調査し、保険者に対し求償速報をするものとする。

### （委託書の提出）

第5条 保険者は、連合会に求償事務を委託するときは、その都度損害賠償請求事務委託書（様式第2号）を連合会に提出しなければならない。

2 前項の委託書には、その事故に係る診療報酬請求明細書の写並びに被保険者若しくは被保険者の属する世帯の世帯主から提出された傷病届（添付書類を含む）

及び念書、その他求償事務処理に必要な書類を添付するものとする。

(当事者への通知)

第6条 連合会は、保険者から委託があった場合は、当該委託に係る事故の被保険者及び第三者（以下「当事者」という。）に対し、求償事務を受託した旨を通知（様式第3号及び様式第3号の2）しなければならない。

(求償権の確認)

第7条 連合会は、第5条第2項により提出された書類及び当事者から提出させた調査表（様式第3号の3及び様式第3号の4）の審査を行ない、また必要に応じ当事者、事故現場の目撃者及び所轄警察署の意見を聞いて求償権取得の有無を確認し、保険者に通知しなければならない。

(損害賠償額等の決定)

第8条 連合会は、求償権を取得できたものについては、保険者と合議のうえ第三者に対する損害賠償請求額または被保険者に対する保険給付金還付額（以下「損害賠償額等」という。）を決定しなければならない。

(請求)

第9条 連合会は、損害賠償額等を決定したときは、次の各号の区分に従って自動車損害賠償責任保険会社の指定する自動車損害賠償責任保険損害賠償額支払請求書、または損害賠償金支払請求書及び保険給付金還付請求書により請求しなければならない。

(1) 法第64条第1項に該当するものは第三者

(2) 法第64条第2項に該当するものは被保険者またはその世帯主

(3) 法第64条第1項に該当するもので自動車損害賠償責任保険へ請求できるものは自動車損害賠償責任保険会社

(損害賠償金の送金)

第10条 連合会は、損害賠償金を保険会社等から受領したときは、指定金融機関を通じて当該保険者が指定する金融機関に振り込むものとする。

(納入通知)

第11条 保険者は、損害賠償金及び保険給付金還付金を収納したときは、納入者氏名、収納金額及び収納年月日を遅滞なく連合会に通知しなければならない。

(完了通知)

第 12 条 連合会は、委託を受けた求償事務が完了した場合は、求償事務完了通知書（様式第 4 号）により、保険者に通知しなければならない。

(委託の解除)

第 12 条の 2 連合会は、最善の手段を尽くしたにもかかわらず、求償不能または、裁判等最終的手段によらなければならない場合は、損害賠償事務委託解除通知書に提出のあった関係書類を添え、保険者に送付するものとする。

(手数料)

第 13 条 連合会は、求償事務を共同処理する費用にあてるため、求償事務を委託した保険者から求償事務取扱手数料を徴収する。

2 前項の求償事務取扱手数料は、次項に定める表の左欄に掲げる計算期間の区分の期間欄の期間中に収納した求償金額に 100 分の 8 を乗じて得た額に消費税を加えた額（その乗じて得た額に 1 円未満の端数を生じたときは、これを切り捨てた額）とする。

3 前 2 項の求償事務取扱手数料は、次の表の左欄に掲げる計算期間の区分に応じて、同表の右欄に掲げる徴収月に徴収するものとする。

| 計 算 期 間 の 区 分                       | 徴収月  |
|-------------------------------------|------|
| 4 月 1 日から 9 月 30 日までに収納した求償金額に対するもの | 10 月 |
| 10 月 1 日から翌年 2 月末日までに収納した求償金額に対するもの | 3 月  |
| 3 月中に収納した求償金額に対するもの                 | その都度 |

(費用の負担区分)

第 14 条 求償事務共同処理に必要な費用のうち、次の各号に掲げる費用は保険者の負担とする。

(1) 医療機関及びその他の関係機関が発行する診断書及びその他各種証明書の文書料。ただし、警察署の発行する交通事故証明書の文書料を除く。

(2) 訴訟に関する費用。ただし、連合会の責に属するものを除く。

(3) その他保険者と連合会で負担区分を明確にした費用

(諸帳簿)

第 15 条 連合会は、求償事務を共同処理するため、次の帳簿を備え所要事項を記録しなければならない。

(1) 求償事務受託台帳 (様式第 5 号)

(2) 保険会社等請求台帳

(3) 第三者行為事故調査処理管理簿 (様式第 6 号から様式第 6 号の 3 まで)

(4) 求償事務取扱手数料賦課徴収簿

(介護保険に係る求償事務)

第 16 条 連合会は、介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 21 条第 1 項に規定する損害賠償請求権の事務を介護保険者の委託を受けて共同処理することができる。

2 第 2 条から前条までの規定及びこれらに規定する様式は、介護保険に係る損害賠償請求権の事務について準用する。この場合において、これらの規定中「被保険者」とあるのは、「受給者」と、「法第 64 条」とあるのは「介護保険法第 21 条」と「国民健康保険」とあるのは「介護保険」と「国保使用」とあるのは「介護使用」と「国民健康保険被保険者」とあるのは「介護保険受給者」と読み替えるものとする。

(後期高齢者医療に係る求償事務)

第 17 条 連合会は、高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和 57 年法律第 80 号) 第 58 条に規定する損害賠償請求権の事務を後期高齢者医療広域連合の委託をうけて共同処理することができる。

2 第 2 条から前条までの規定及びこれらに規定する様式は、後期高齢者医療に係る損害賠償請求権の事務について準用する。この場合においてこれらの規定中「保険給付」とあるのは「医療給付」と、「法第 64 条」とあるのは「高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条」と、「保険給付金」とあるのは「医療給付金」と、「国民健康保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「国保使用」とあるのは「後期高齢者医療使用」と、「国民健康保険被保険者」とあるのは「後期高齢者医療被

保険者」と読み替えるものとする。

(細目)

第 18 条 この規則に定めるもののほか、求償事務に関して必要な細目は、理事長が定める。

附則

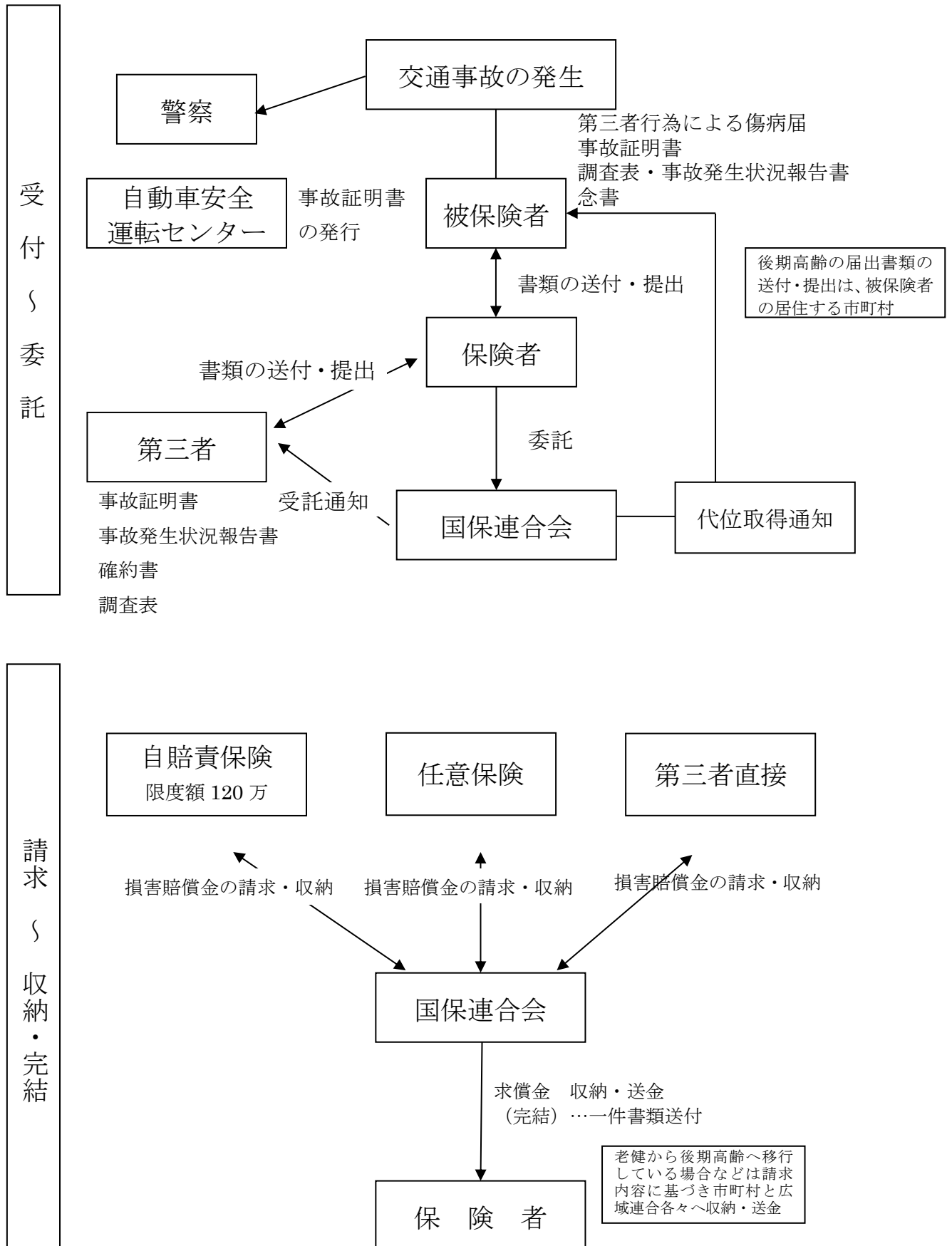
(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行し平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に行われた健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年法律第 83 号）附則第 32 条の規定によりなお従前の例によることとされた老人保健法の規定による求償事務については、なお従前の例による。

## 第三者行為求償事務処理のながれ



### Ⅲ 保険者における窓口事務

#### 1 窓口での事務処理

求償事務をよりスムーズに行うため、慎重かつ迅速に対処をお願いします。後期高齢者医療の場合も同様に被保険者居住市町村で窓口事務を行います。

##### (1) 被保険者の確認

事故の届出を受けた時、または事故の発生を知った時は、速やかにその事故の被害者が被保険者であるか、確認をしてください。

##### (2) 代位取得の説明

被保険者が、その事故による被害者であることが確認できれば、本人又は世帯主に代位取得の説明を行い、国保が立て替えた分については後日第三者から戻してもらうようになることを充分理解してもらってください。

##### (3) 事故状況の聴取と調査及び求償書類の取り付け

以下の内容は、今後の求償にも影響を及ぼすため、慎重に聴取し、必要に応じて調査を行い、求償事務に必要な書類の取り付けを行ってください。

◇事故状況

◇被害の程度

◇第三者の住所、氏名、年齢、職業、自賠責保険（共済）や任意保険の加入先

◇保険医療機関

◇保険診療の有無

◇示談の成否

◇労災適応の有無

##### (4) 損害賠償義務者の把握

第三者及び使用責任者、監督義務者、共同不法行為者等、損害賠償の責任を負う者を確認してください。

##### (5) 示談

示談をする場合は、以下の事項に注意して慎重に行うように指導してください。

◇安易に示談、権利の放棄をしないこと。

◇示談をするときは、必ず書面で示談書を取り交わすこと。

◇被保険者のケガ等が治癒しているかの確認と、治癒していなければ「示談後の保険給付分についても第三者が保険者に賠償する」等の但し書きを入れるように指導してください。内容によっては、以後の国保求償権の消失にもつながります。

## （６）第三者の特定ができない場合

保険者への届出は通常どおり行い、第三者が判明した場合は必ずその旨報告するよう指導し、連合会への委託については第三者の特定ができた後に行ってください。

なお、ひき逃げ事故や無保険（無共済）事故、または盗難車による事故での被害者は、自賠責保険（共済）では救済されません。この場合、被害者は「政府の保障事業」に請求することにより救済される場合がありますので、損害保険会社等で相談するよう助言してください。（「政府の保障事業」へ国保からの求償はできません）

---

〔主たる用語の説明〕

### ◎無保険事故

加害車両に自賠責保険がかけられていなかった場合や、事故前に自賠責保険の期限が切れていた場合のように、自賠責保険の被保険者でない者による事故をいいます。

## 各様式の記載要領

(様式第2号)

## 損害賠償請求事務委託書

①

国 保

退 職  
本・被

|                                                                      |                  |                            |     |                    |     |  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------|-----|--------------------|-----|--|
| 被 保 険 者 の<br>住 所 ・ 氏 名                                               | 住 所              | 電 話                        | 氏 名 | フリガナ<br>(男・女<br>才) | 職 業 |  |
| 第 三 者 の<br>住 所 ・ 氏 名                                                 | 住 所              | 電 話                        | 氏 名 | フリガナ<br>(男・女<br>才) | 職 業 |  |
| 発 病 又 は 負 傷 の<br>年 月 日                                               |                  | 年 月 日                      |     |                    |     |  |
| 発 病 又 は<br>負 傷 の 発 生 場 所                                             |                  |                            |     |                    |     |  |
| ② 第三者傷害の区分                                                           |                  | 交通事故・けんか・その他 ( )           |     |                    |     |  |
| 事 故 発 生 的<br>当 時 状 況                                                 | 被 保 険 者 の<br>申 立 |                            |     |                    |     |  |
|                                                                      | 第 三 者 の<br>申 立   |                            |     |                    |     |  |
|                                                                      | 目 撃 者 の 意 見      |                            |     |                    |     |  |
| 被 保 険 者 の 被 害 程 度                                                    |                  |                            |     |                    |     |  |
| 第三者の自賠保険<br>(交通事故の場合)                                                |                  | 契約保険会社名                    |     |                    |     |  |
|                                                                      |                  | 保険証明書番号                    |     | 車の種類               |     |  |
| 委 託 事 務 の 範 囲                                                        |                  |                            |     |                    |     |  |
| ③ 添 付 書 類                                                            |                  | 調査表 (被・第三)、傷病届、念書、確約書      |     |                    |     |  |
|                                                                      |                  | 事故発生報告書 (被・第三)、交通事故証明書、示談書 |     |                    |     |  |
| 上記のとおり委託します。<br>④ 年 月 日<br>市 町 村 長<br>国保組合理事長<br>高知県国民健康保険団体連合会理事長 様 |                  |                            |     |                    |     |  |

- 被害者の属する世帯主から提出された傷病届 (添付書類を含む) の写を必ず添付すること。  
なお、事故証明書・事故発生状況報告書の原本があれば、それを添付すること。
- 当該委託事務が国保又は退職であるか区分し、右上該当欄を○で囲むこと。

## (1) 損害賠償請求事務委託書

委託をする時は、この損害賠償請求事務委託書と添付書類を随時送付してください。(後期高齢の場合は委託書を広域連合事務局で作成しますので届出のあった市町村は書類を広域連合事務局へ送付します。)

委託は、速やかをお願いします。添付書類に不備がある場合は、訂正または再提出してもらうことになります。

療養費や装具等を支給した場合は、連合会へ連絡してください。

※委託書は被保険者 1 人につき 1 枚提出してください。

※第三者が複数人いる場合は、「第三者の住所・氏名」欄に連記するか、委託書の余白に記入してください。

※国保の被保険者が 75 歳到達等により後期高齢の被保険者になった場合、委託書は該当市町村と広域連合各々から提出が必要です。

### 《主な点検事項とポイント》

#### ① 制度区分欄

国保・退職で該当するものを囲ってください。(後期高齢は別様式)

退職の場合は本・被どちらかを囲ってください。

#### ② 第三者傷害の区分欄

当該区分を囲ってください。

#### ③ 添付書類欄

添付している書類を囲ってください。

#### ④ 日付欄

委託日を記入してください。

委託者の印を押してください。

# 第三者行為による傷病届

国 保

退 職

本・被

①

|                  |       |                     |  |          |     |    |          |
|------------------|-------|---------------------|--|----------|-----|----|----------|
| 被保険者証の番号         |       |                     |  |          | 世帯主 | 住所 | 電話 ( ) - |
| 被 保 険 者 氏 名      |       | 世帯主<br>と の<br>続 柄   |  | 男 女<br>才 |     | 氏名 |          |
| 発病又は負傷の<br>年 月 日 | 年 月 日 | 発病又は負傷<br>の 発 生 場 所 |  |          |     |    |          |

②

|          |                  |  |  |  |  |  |  |
|----------|------------------|--|--|--|--|--|--|
| 第三者傷害の区分 | 交通事故・けんか・その他 ( ) |  |  |  |  |  |  |
|----------|------------------|--|--|--|--|--|--|

③

|                                   |     |  |       |          |  |  |  |
|-----------------------------------|-----|--|-------|----------|--|--|--|
| 事故発生当時の<br>具体的状況及び<br>被 害 の 程 度   |     |  |       |          |  |  |  |
| 目 撃 者 の 住 所<br>及 び 氏 名            | 氏名  |  | 住 所   |          |  |  |  |
| 第三者(加害者)の<br>住 所 及 び 氏 名          | 氏名  |  | 住 所   | 電話 ( ) - |  |  |  |
| 第三者が勤務して<br>いる事業所の名称<br>所 在 地     | 名称  |  | 所 在 地 | 電話 ( ) - |  |  |  |
| 診療を受けた(う<br>けている)病院名<br>及 び 所 在 地 | 病院名 |  | 所 在 地 |          |  |  |  |

④

|         |     |                       |                   |
|---------|-----|-----------------------|-------------------|
| 保険診療の有無 | 有・無 | 保険診療を受けた<br>(又は見込) 期間 | 自 年 月 日間<br>至 年 月 |
|---------|-----|-----------------------|-------------------|

⑤

|           |                                |             |       |                    |
|-----------|--------------------------------|-------------|-------|--------------------|
| 示 談 の 状 況 | 成立した・成立していない・交渉中<br>( 年 月 日現在) | 損害賠償<br>の 額 | 円 内 訳 | 医 療 費 円<br>そ の 他 円 |
|-----------|--------------------------------|-------------|-------|--------------------|

⑥

|                        |       |     |         |  |
|------------------------|-------|-----|---------|--|
| 第三者の加入する<br>自賠償保険関係    | 加入の有無 | 有・無 | 契約保険会社名 |  |
|                        |       |     | 保険証明書番号 |  |
| 第三者の加入する<br>任意(対人)保険関係 | 加入の有無 | 有・無 | 契約保険会社名 |  |
|                        |       |     | 証 券 番 号 |  |

上記のとおりお届けします。

⑦

年 月 日

世帯主氏名  
(代筆者氏名  
市 町 村 長  
国保組合理事長

㊞

世帯主との続柄 ( )  
様

## 添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写。
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類。

## （２）第三者行為による傷病届

傷病届の提出があった時は、被保険者に対して第三者行為による傷病届受領書を発行し、診療を受けている保険医療機関に提出するよう指導してください。

### 《主な点検事項とポイント》

#### ① 被保険者欄

- ・保険種別・被保険者番号・氏名等の確認をしてください。

#### ② 第三者傷害の区分欄

- ・当該区分を確認してください。

#### ③ 第三者欄

- ・第三者本人の氏名・住所等確認してください。また、第三者が業務上で事故を起こした場合は、事業所（勤務先）の名称・所在地の確認をお願いします。

#### ④ 保険診療欄

- ・国保の使用状況について確認してください。

#### ⑤ 示談の状況欄

- ・当事者間の示談状況を確認してください。示談が成立している場合は示談書の写しを入手してください。

#### ⑥ 自動車損害賠償責任保険関係・任意保険（対人）関係欄

- ・第三者である相手方の保険を確認してください。
- ・自転車や飼い犬による傷害の場合は損害賠償保険に加入しているか確認してください。

#### ⑦ 届出日欄

- ・届出日を確認してください。
- なお、窓口で受付した日付を必ず記載してください。

※後期高齢での傷病届の受け付けは被保険者が在住する市町村にて行います。受領書を発行する場合は受け付けを行った各市町村で発行して下さい。（損害保険会社等が直接広域連合に提出する場合があります）

|                            |                                                                                                                                          |                                                                 |     |                  |                  |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------------------|------------------|
| 第三者行為調査表（被保険者用）            |                                                                                                                                          |                                                                 |     | 保険者（市町村）         |                  |
| 被保険者氏名                     |                                                                                                                                          | フリガナ                                                            | 連絡先 | 電話               |                  |
|                            |                                                                                                                                          |                                                                 |     | （自宅・呼出）          |                  |
| ①<br>治療等の関係                | 治療を受けた病院名                                                                                                                                | 期 間                                                             |     | 国保・後期高齢者医療使用の有無等 |                  |
|                            |                                                                                                                                          | 年 月 日～ 年 月 日                                                    |     | 有・無              | 入院・通院            |
|                            |                                                                                                                                          | 年 月 日～ 年 月 日                                                    |     | 有・無              | 入院・通院            |
|                            |                                                                                                                                          | 年 月 日～ 年 月 日                                                    |     | 有・無              | 入院・通院            |
|                            | 治 療 の 経 過                                                                                                                                | 治療中 ・ 治ゆ ・ 中止 ・ 死亡                                              |     |                  |                  |
|                            | まだ治療中であれば見込                                                                                                                              | 年 月 ごろまで 入院 ・ 通院 治療を要する                                         |     |                  |                  |
|                            | 一部負担金の支払                                                                                                                                 | ・ 自分で支払った ・ 相手が支払った ・ まだ払ってない<br>（・ 自分が契約する ・ 相手が契約する）任意保険が支払った |     |                  |                  |
| ②<br>当面の対応について             | 1. 相手の任意保険が対応する                                                                                                                          | 契約先 担当                                                          |     |                  |                  |
|                            | 2. 自分の任意保険が対応する<br>人身傷害補償保険 ・ 有・無                                                                                                        | 契約先 担当                                                          |     |                  |                  |
|                            | 3. 自賠責保険へ請求する                                                                                                                            | （下の自賠責保険関係欄に記入してください）                                           |     |                  |                  |
|                            | 4. まだ決まっていない                                                                                                                             |                                                                 |     |                  |                  |
|                            | 5. その他                                                                                                                                   |                                                                 |     |                  |                  |
| （4または5の場合は特徴的なことを記入して下さい。） |                                                                                                                                          |                                                                 |     |                  |                  |
| ③<br>示談関係                  | ※該当を○で囲んでください（ 月 日現在）<br>・ 成立している 成立年月日 年 月 日<br>・ 成立していない<br>・ 交渉中 （成立すればただちに連絡してください）                                                  |                                                                 |     |                  |                  |
|                            | ※成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。                                                                                                    |                                                                 |     |                  |                  |
| 免許証                        |                                                                                                                                          | もっている ・ もっていない                                                  |     | 酒                | 飲んでいた ・ 飲んでいなかった |
| ④<br>自賠責保険関係               | ※自賠責保険への被害者請求について（該当を○で囲んでください。）<br>・ 請求済 （下記も記入してください）<br>仮 渡 円<br>内 払 円 （ 回）<br>本 請 求 円 （ 月 日ごろ）<br>・ 未請求 月ごろ請求する予定（請求する前にかならずご連絡ください） |                                                                 |     |                  |                  |
|                            | 第三者自宅電話 （ ） —<br>第三者の勤務先 電話                                                                                                              |                                                                 |     |                  |                  |

※記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

### （３）第三者行為調査表（被保険者用）

被保険者から傷病届けがあれば、この調査表にも記入、提出をしてもらってください。

#### 《主な点検事項とポイント》

##### ① 治療等の関係

- ・治療期間とその間の国保使用の有無について確認してください。
- ・国保を使用せずに治療が終了していれば、損害賠償請求権はありません。
- ・一部負担金の支払を誰が（どこが）したか確認してください。

##### ② 当面の対応について

- ・保険会社等が対応しているか、どちらが契約する保険会社か、等の情報は処理方法を決定する上で重要な情報です。また担当者がいるかどうかも重要な情報ですので確認してください。

##### ③ 示談関係について

- ・示談が成立していれば、その年月日と内容を確認して、示談書の写しがあれば添付をしてください。

##### ④ 自賠責保険関係について

- ・任意保険がない場合、または任意保険の担当者が一括処理をしていない場合は、自賠責保険への請求となりますので、請求の有無・予定について記入をしてください。



#### (4) 第三者行為調査表（第三者用）

双方からの意見・主張を聞くため、被保険者からだけでなく、第三者側にも提出を求めています。

##### 《主な点検事項とポイント》

##### ① 自賠責保険関係

- ・ 第三者本人の自賠責保険の契約先・保険期間等について記入してください。また、自賠責保険への請求の有無・予定についても確認をしてください。

##### ② 任意保険について

- ・ 任意保険の有無・契約先・一括処理の担当者がある場合は担当者名の記入をお願いします。

##### ③ 示談関係について

- ・ 示談が成立していれば、成立年月日と示談内容を記入、または示談書の写しを添付してください。

# 事故発生状況報告書

◎別紙事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------|-------------|------------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ①          | 甲                                                                                     | 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            | 乙           | 氏名          |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            | 速 度                                                                                   | 甲 車                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | km/h (制限速度 | km/h)       | 甲 車<br>以外の車 | km/h (制限速度 | km/h)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| ②          | 道路状況                                                                                  | 見通し                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 良い<br>悪い   | 道路幅         | 甲 車 (       | m)         | 甲 車<br>以外の側 ( |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            | 信号又は<br>標 識                                                                           | 信号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 有 ・ 無      | 一時停止<br>標 識 | 有 ・ 無       | その他の標識 ( ) |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| ③          | 事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください                                                          | <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 甲車 |  |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 甲車以外<br>の車 |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 進行方向       |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 信号         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 一時停止       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 人間         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| 自転車<br>バイク |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
| ④          | 上記図の説明を書いてください                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |
|            |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |             |             |            |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                                                                                     |

⑤ 報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( ) 氏名 ⑥

※甲・乙については交通事故証明書の、甲・乙に合わせていただくか、事故証明書の内容が不明の場合は、どちらを甲としてもかまいません。

## （５）事故発生状況報告書

この報告書は、第三者側と過失割合等の交渉を行う際の基礎となる書類ですので、事実に基づき公正に作成するよう説明してください。

また、双方からの意見・主張を聞くため、被保険者側からだけでなく、第三者側にも提出を求めてください。

### 《主な点検事項とポイント》

#### ① 当事者欄

・甲か乙かについては、交通事故証明書の甲・乙に合わせていただくか、事故証明書の内容が不明の場合は、どちらを甲としても構いません。

#### ② 速度・道路状況・信号又は標識欄

・分かる範囲で記入してください。

#### ③ 状況略図欄

・現場付近の道路（道路幅）、その他（信号・一時停止・一方通行・標識・横断歩道・歩道等）の状況、また甲車・乙車の動きと衝突地点、位置が明記されているか点検してください。

#### ④ 説明欄

・上記の略図に記入された内容の説明が、分かりやすく的確に説明されているか点検してください。

#### ⑤ 報告者欄

・提出年月日、甲・乙との関係、報告者の氏名の記入および押印を確認してください。当事者が記入できない場合は、家族が記入しても差し支えありません。

## 念 書

年 ① 月 日 ( ② ) において  
 ( ③ ) の不法行為により ( ④ ) 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意義のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、併せて下記の1、2及び3については遵守することを誓約し、4、5、及び6については同意します。

## 記

- 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時は受領年月日、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。
- 4 保険事故により受診した医療機関等から、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に同意します。
- 5 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に同意します。
- 6 保険事故に関する損害賠償請求権行使（国民健康保険法第64条第1項）の資料として、診療等の報酬明細書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に同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

⑤

氏名 \_\_\_\_\_ 印

市 町 村 長  
 国保組合理事長 \_\_\_\_\_ 様

**（６）念書 ※被保険者に記載してもらう書類です。**

保険者が代位取得した求償債権を確保するために、被保険者に誓約させるものであり、被保険者に念書の趣旨・内容を理解してもらってください。

また、被保険者が未成年および心神喪失者の場合は、親権者又は世帯主に提出を求めてください。

※１～３については遵守するよう説明してください。示談の内容によっては保険者が第三者に請求できなくなる場合があります。

※４～６の事項は求償事務が円滑に進むよう、被保険者に対し趣旨の理解と同意を求めてください。

※連合会へは必ず原本の提出をしてください。被保険者にはコピーを渡してください。

《主な点検事項とポイント》

- ① 事故の年月日
- ② 事故の発生場所
- ③ 第三者氏名
- ④ 被保険者氏名
- ⑤ 提出年月日、被保険者の住所・氏名が記入されており、押印されているかどうか点検してください。



# 確 約 書

下記の事故による受傷者が貴 市 町 村 国保組合 の国民健康保険により診療を受けて(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 64 条の規定により、給付の価額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 市 町 村 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 ①  
氏名 印  
(電話)

連帯保証人 住所 ②  
氏名 印  
(電話)

市 町 村 長  
国保組合理事長 様

記

|                  |       |    |                    |                   |          |
|------------------|-------|----|--------------------|-------------------|----------|
| 被保険者住所<br>(受傷者)  |       | 氏名 |                    | 生年<br>月 日         | 年<br>月 日 |
| 第三者の住所           |       | 氏名 |                    | 支払義<br>務者との<br>関係 |          |
| 発病 (負傷)<br>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<br>場 所      |       |    |                    |                   |          |

**（７）確約書 ※第三者側に記載してもらう書類です。**

確約書は、念書と同様に保険者の代位取得した求償債権を確保するために第三者側に誓約させるものであり、確約書の趣旨を十分説明して、後日支払いをしなければならないことを第三者側に理解してもらってください。

自賠責保険のみの交通事故や、けんか及び傷害事件等において確約書が取れない場合は、過去の例から求償が非常に困難になることが予想されますので、必ず取り付けるようにしてください。

なお、事故状況から、第三者が複数の場合には、第三者ごとに提出してもらってください。

また、被保険者が未成年および心神喪失者の場合は、親権者又は世帯主等に記名・押印・提出を求めてください。

※連合会へは必ず原本を提出してください。第三者にはコピーを渡してください。

（２部複写の様式は１部を第三者に渡してください。）

《主な点検事項とポイント》

① 支払義務者欄

提出年月日、第三者に記入してもらってください。

② 連帯保証人欄

- ・第三者と生計を共にしていない者の住所・氏名を記入してもらってください。
- ・第三者が業務上で起こした事故の場合は、事業所の住所・名称・事業主の氏名を記入してください。
- ・任意保険会社が一括処理を行う場合は、任意保険会社名・担当者名の押印でも構いません。

③ 発病（負傷）原因欄

- ・該当理由を囲ってください。

〒 申 住所  
 請  
 者 氏名

## 交通事故証明書

|                                                                                                                                               |               |                      |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------|------------------|------------------|-----------------------|--------|--------|-------------|--------|-----------------------|--------|--------|-----------------------|
| 事故照会<br>番 号                                                                                                                                   |               | 署 第 号                |                  | 甲・乙 との続柄 本人・代理人  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
| 発生日時                                                                                                                                          |               | 年 月 日                |                  | 時                |                       | 分 ころ   |        |             |        |                       |        |        |                       |
| 発生場所                                                                                                                                          |               |                      |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
| 甲                                                                                                                                             | 住 所           | (TEL )               |                  |                  |                       |        |        |             |        | 備 考<br>甲・乙以外の当事者<br>無 |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | フリガナ<br>氏 名   |                      |                  | 生年<br>月 日        | 年 月 日<br>( 歳)         |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 車 種           |                      | 車 両<br>番 号       |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 自 賠 責<br>保険関係 |                      | 証明書<br>番 号       |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 事故時の<br>状 態   | 運転・同乗（運転者氏名 ）・歩行・その他 |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
| 乙                                                                                                                                             | 住 所           | (TEL )               |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | フリガナ<br>氏 名   |                      |                  | 生年<br>月 日        | 年 月 日<br>( 歳)         |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 車 種           |                      | 車 両<br>番 号       |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 自 賠 責<br>保険関係 |                      | 証明書<br>番 号       |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
|                                                                                                                                               | 事故時の<br>状 態   | 運転・同乗（運転者氏名 ）・歩行・その他 |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |
| 事故類型                                                                                                                                          |               | 人<br>対<br>車<br>両     | 車両相互             |                  |                       |        |        | 車両単独        |        |                       |        | 踏<br>切 | 不<br>・<br>調<br>査<br>中 |
|                                                                                                                                               |               |                      | 正<br>面<br>衝<br>突 | 側<br>面<br>衝<br>突 | 出<br>会<br>い<br>頭<br>突 | 接<br>触 | 追<br>突 | そ<br>の<br>他 | 転<br>倒 | 路<br>外<br>逸<br>脱      | 衝<br>突 |        |                       |
| <p>上記の事項を確認したことを証明します。</p> <p>なお、この証明は損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>自動車安全運転センター</p> <p>高 知 県 事 務 所 長 印</p> |               |                      |                  |                  |                       |        |        |             |        |                       |        |        |                       |

|      |  |           |      |
|------|--|-----------|------|
| 証明番号 |  | ②照合記録簿の種別 | 人身事故 |
|------|--|-----------|------|

## （８）交通事故証明書

交通事故証明書は、事故発生場所の所轄警察署の事故処理に基づき、後日「自動車安全運転センター」で発行されます。

※自動車安全運転センター高知県事務所

〒 7 8 1 - 2 1 2 0

高知県吾川郡いの町枝川 1 6 5

T E L    0 8 8 - 8 9 2 - 5 2 2 1

《交通事故証明書の申し込み方法》

◇自動車安全運転センターに申請するか、最寄りの郵便局から郵便振替の方法でも申し込めます。（申し込み用紙は警察署や交番で入手できます）

◇郵便振替で申し込んだ場合、交通事故証明書が届くまでに約 10 日程度かかります。

◇証明書 1 通につき、800 円の手数料が必要です。

（郵便振替の場合は別途払込手数料も必要です）

※第三者が不明の場合でも発行されます。

《主な点検事項とポイント》

① 交通事故証明書は、原則「原本」の提出を求めてください。ただし、任意一括処理等の場合は写しでも構いません。

② 照合記録簿の種別欄が、「人身事故」になっているか、確認してください。

「物件事故」の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」の提出を求めてください。※自賠責保険（共済）に請求する際に必要な書類です。

○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 |    | 午前<br>年 月 日 午後 時 分頃 天候 |           |  |  |
| 発生場所   |    |                        |           |  |  |
|        | 住所 | 電話 ( )                 |           |  |  |
|        | 氏名 | 生年月日                   | 年 月 日( )才 |  |  |

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。)

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数の該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p> | <p>○受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p>○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</p> <p>○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</p> <p>○事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <p>【理由】</p> <p>○その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <p>【理由】</p> |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

◆ 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<br>(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              |        |           |
| ○その他 ( )          | 氏 名    | ⑧         |
| ※該当する項目に○印をしてください | 電話 ( ) |           |

(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】

### （９）人身事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書の右下欄が「物件事故」となっている場合、又は交通事故証明書が無い場合は、原則として自賠責保険（共済）に請求できないため、「人身事故証明書入手不能理由書」の取り付けが必要です。

#### 《主な点検事項とポイント》

- ① 原則として第三者に記入してもらふ書類ですが、被保険者の過失割合が高い等の理由で、第三者に記入してもらえない場合は、被保険者の記名・押印でも構いませんが、第三者に記入してもらえなかった理由を理由欄に記載してください。
- ② 交通事故証明書が無い場合や、交通事故証明書があっても被保険者の情報が載っていない場合は、裏面も記入してもらってください。

## 参考：第三者行為傷病届等の提出支援にかかる覚書の締結

高知県においては平成 28 年 3 月 22 日付で損害保険関係 6 団体の代表である一般社団法人日本損害保険協会と覚書を締結（令和 3 年 7 月 1 日付で一部内容、様式変更のため再締結）し、任意保険等使用事案において国民健康保険又は後期高齢者医療制度が利用された場合の手続きについて定め、適正な利用を促進し、併せて第三者行為による傷病届の提出を確実なものとして求償漏れをなくし、財政の健全化を図ることを目的として、平成 28 年 4 月 1 日より運用を実施しています。

この覚書の締結により、平成 28 年 4 月 1 日以降は、第三者の加入する任意保険及び被保険者が加入している任意保険（人身傷害補償保険）が対応する事案については、被保険者に代わり保険会社が傷病届の届出を行っています。その場合の任意保険会社が使用する様式を参考に示します。

- ・ 第三者行為による傷病届
- ・ 事故発生状況報告書
- ・ 同意書
- ・ 人身事故証明入手不能理由書

### 第三者行為による傷病届

| 項 目               |                                                                                               | 内 容                                                                                             |                 |                                     |                                                                   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| (被保険者等)<br>届出者    | 被保険者記号・番号 / 保険者名                                                                              | 被保険者記号・番号                                                                                       | 保険者名            |                                     |                                                                   |
|                   | 届出者情報<br>※国民健康保険は<br>世帯主、その他<br>は被保険者の<br>情報を記入                                               | ふりがな<br>氏 名                                                                                     | 生年月日<br>年 月 日   |                                     |                                                                   |
|                   | 住所 / 電話                                                                                       | 〒                                                                                               | TEL ( )         |                                     |                                                                   |
| (被害者)<br>(受診者)    | 氏名 / 続柄 / 生年月日                                                                                | ふりがな<br>氏 名                                                                                     | 生年月日<br>年 月 日   |                                     |                                                                   |
|                   | 住所 / 電話                                                                                       | 〒                                                                                               | TEL ( )         |                                     |                                                                   |
| (加害者)<br>(第三者)    | 氏・名                                                                                           | ふりがな<br>氏 名                                                                                     | TEL ( )         |                                     |                                                                   |
|                   | 住所 / 電話                                                                                       | 〒                                                                                               | ( )             |                                     |                                                                   |
| 事故発生状況            | 事故発生日時                                                                                        | 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃                                                                              |                 |                                     |                                                                   |
|                   | 事故発生場所                                                                                        |                                                                                                 |                 |                                     |                                                                   |
|                   | 労災保険対象の確認                                                                                     | 本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。<br>(※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック) <input type="checkbox"/> |                 |                                     |                                                                   |
| 自賠責保険<br>(加害者)    | 保険会社名 / 保険契約者名                                                                                | 保険会社名                                                                                           | ふりがな<br>氏 名     |                                     |                                                                   |
|                   | 登録番号 / 車台番号                                                                                   | 登録番号                                                                                            | 車台番号            |                                     |                                                                   |
|                   | 保険期間 / 自賠責証明書番号                                                                               | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日                                                                           | 自賠責証明書番号<br>第 号 |                                     |                                                                   |
| 任意保険<br>(加害者)     | 保険会社名 / 担当部署                                                                                  | 保険会社名                                                                                           | 担当部署            |                                     |                                                                   |
|                   | 取扱店所在地 / 電話                                                                                   | 〒                                                                                               | TEL ( )         |                                     |                                                                   |
|                   | 担当者名 / E-mail                                                                                 | ふりがな<br>氏 名                                                                                     | E-mail          |                                     |                                                                   |
|                   | 保険契約者名                                                                                        | ふりがな<br>氏 名                                                                                     |                 |                                     |                                                                   |
|                   | 住所                                                                                            | 〒                                                                                               |                 |                                     |                                                                   |
|                   | 保険期間 / 契約番号                                                                                   | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日                                                                           | 契約番号<br>第 号     |                                     |                                                                   |
|                   | 任意対人一括の有無                                                                                     | 有 / 無                                                                                           |                 |                                     |                                                                   |
| 被害者加入の保険<br>会社の関与 | 関与の有無を<br>チェックし、<br>「有」の場合<br>は右欄を記入<br>有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> | 保険会社名                                                                                           | 担当部署            |                                     |                                                                   |
| 治療状況              | 診療機関名 / 入院 / 治療期間<br><br>住所 / 電話番号<br><br>※治療終了日(見込)については<br>可能な範囲でご記入ください。                   | ① 診療機関名                                                                                         | 入 院<br>有 / 無    | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日 |                                                                   |
|                   |                                                                                               | 〒                                                                                               |                 | TEL ( )                             |                                                                   |
|                   |                                                                                               | ② 診療機関名                                                                                         | 入 院<br>有 / 無    | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日 |                                                                   |
|                   |                                                                                               | 〒                                                                                               |                 | TEL ( )                             |                                                                   |
|                   |                                                                                               | ③ 診療機関名                                                                                         | 入 院<br>有 / 無    | 治療開始日<br>年 月 日<br>治療終了(見込)<br>年 月 日 |                                                                   |
|                   |                                                                                               | 〒                                                                                               |                 | TEL ( )                             |                                                                   |
|                   |                                                                                               | 傷病届作成日 / 作成支援の有無                                                                                |                 | 年 月 日                               | 本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input type="checkbox"/> |

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

# 事故発生状況報告書

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----|--------------|--|
| 事故証明書<br>番号     | 第 号                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 当事者                                                                                                                                                                                    | 甲<br>(加害者) | 氏名 |              |  |
| 自動車<br>の登録番号    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 乙<br>(被害者)                                                                                                                                                                             | 氏名         |    | 運転・同乗・歩行・その他 |  |
| 天候              | 晴・曇・雨・雪・霧・( )                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 交通状況                                                                                                                                                                                   | 混雑・普通・閑散   | 明暗 | 昼間・夜間・明け方・夕方 |  |
| 道路状況            | 舗装：(してある・していない) ・ 歩道：(ある・ない) ・ 道路の見通し：(良い・悪い)<br>中央車線：(ある・ない) ・ 道路の状況：(直線・カーブ・平坦・坂・積雪路・凍結路)                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
| 信号又は標識          | 信号：(ある・ない) ・ 自車側信号：(青・赤・黄) ・ 相手側信号：(青・赤・黄)<br>駐停車禁止：(されている・されていない) ・ その他標識：( )                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
| 速度              | 甲車両： km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両： km/h (制限速度 km/h)                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
| 事故現場状況図         | (右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)<br><div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;"> <p>白 車(乙)</p> <p>相手車(甲)</p> <p>進行方向</p> <p>道 号</p> <p>一時停止</p> <p>人</p> <p>自 転 車<br/>バ イ ク</p> </div> </div> |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
| 事故発生<br>の状況(経緯) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                        |            |    |              |  |
| 被害者の<br>負傷状況    | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇を含む) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                    |            |    |              |  |
|                 | 時 間 帯                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( )<br><small>(レポート・アルバイト含む)</small> |            |    |              |  |
|                 | 場 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                  |            |    |              |  |
|                 | 労災特別加入※<br><small>(労災法、従業員等の被害者が加入する労災保険)</small>                                                                                                                                                                                                                                                  | (被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無                                                                                                   |            |    |              |  |

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日

届出者(被保険者) :  
※未成年の場合は親権者等

印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、  
〇〇国民健康保険組合、〇〇後期高齢者医療広域連合 等

## 同意書

私が加害者 \_\_\_\_\_ に対して有する損害賠償請求権は、法令 (注1) により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者 (注2) が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者 (保険会社・共済団体) と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者 (保険会社・共済団体) に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者 (保険会社・共済団体) から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

受診者 (未成年の場合は親権者等)

住所

氏名

(印)

※署名又は印を捺す

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項、介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法第21条第3項の規定に基づき

損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

## 人身事故証明書入手不能理由書

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。)

|                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <p style="text-align: center;"><b>理 由</b></p> <p style="font-size: small;">※ 該当する項目に○印をしてください。<br/>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p> | <p><input type="checkbox"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <p><input type="checkbox"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 2px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">【理由】</p> <p><input type="checkbox"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin: 2px 0;"></div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">【理由】</p> |       |       |
| <p>◆ 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。</p>                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |       |
| 届出警察                                                                                                                               | 警察 担当官<br>(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、人身事故の事実と相違ありません。 |      |     |       |
| <input type="checkbox"/> 当事者                | 住所：〒 | 記載日 | 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 目撃者                |      |     |       |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）氏名：          | ⑥    |     |       |
| ※ 該当する項目に○印をしてください                          | 電話：  |     |       |

(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。

| 責任者 | 担当者 |
|-----|-----|
|     |     |

- ☐ 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、人身事故の事実と相違ないことを確認しました。

|            |                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| ◆ 確認日      | ◆ 確認先                                                                                                                                                                            | ◆ 確認方法                                                                              |
| 月 年 日      | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 月 年 日      | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| 月 年 日      | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談 |
| ◆ その他・特記事項 |                                                                                                                                                                                  |                                                                                     |

## IV 国保連合会における事務

国保連合会では、保険者から求償事務の委託を受け、以下の事務処理を行っています。

### 1 処理方法の決定

保険者から委託のあった書類について点検を行い、損害賠償請求先、処理方針を決定します。

### 2 代位取得の通知

被保険者に対して保険者（市町村等）より委託を受けた旨の通知（代位取得）を行い、第三者に対しては損害賠償請求権の委託を受けたことを知らせる通知（受託通知）を行います。（様式第 3 号および様式第 3 号の 2）

### 3 損害保険会社等に対する調査請求

◇請求先が自賠責保険の場合、請求状況を自賠責保険会社に照合し、遅滞なく請求します。

◇任意保険会社に請求する場合、任意保険会社の担当者と過失の割合について協議し、治療が終わり次第、請求します。

◇第三者直接請求の場合、状況調査を行い、損害賠償額を決定し請求します。

### 4 医療機関との連絡

治療状況やレセプトの事故分点数の確認を行います。

### 5 保険者との調整

◇自賠責保険で、損害賠償請求額と損害保険会社からの支払額に差額があるときには、その理由を保険者に連絡し、今後の処理方法について協議します。

◇任意保険や第三者等については、過失割合等を保険者と合議のうえ、損害賠償額等を決定します。

◇請求した事案は 1 ヶ月ごとにまとめて請求通知書にてお知らせします。

### 6 求償金の送金

収納した求償金は、翌月の 10 日にまとめて保険者の指定する金融機関に国保・退職、老健別で送金します（後期高齢は広域連合に送金）。なお、指定公費該当分として収納した額は送金せず本会にて直接変換処理を行います。

### 7 完了通知

求償事務が完結した委託案件については、求償事務完了通知と合わせて翌月の 5～6 日頃に保険者に送付します。

## 8 その他

各種データを作成し、保険者（市町村等）に送付します。

### 国保連合会から保険者への送付文書等

※毎月送付するもの

| 毎月の日程 | 文 書 名                            | 内 容                                                            |
|-------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 5 日頃  | 求償事務完了通知                         | 前月に求償事務が完結した委託案件分の通知書                                          |
| 5 日頃  | 第三者行為求償金送金通知書<br>(国保・退職・老健・後期高齢) | 前月に収納した金額を各保険者へ送金する明細書<br>初めて入金された事案には請求明細を添付、その他状況に応じて調査日誌を添付 |
| 5 日頃  | 第三者行為求償金請求通知書<br>(請求明細・調査日誌添付)   | 前月に請求した案件の一覧表とその詳細                                             |

※保険者事務支援システム（X R L）に作成するもの

| 毎月の日程 | メニュー・帳票名等                                | 内 容                                                          |
|-------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 10 日頃 | <u>電子帳票管理</u><br>第三者求償調査リスト              | 未委託で、レセプトの特記事項欄に「交」又は「10 第三」等の表示のあるもの・第三者傷害『交通事故等』のレセプト調査リスト |
| 10 日頃 | <u>電子帳票管理</u><br>第三者求償調査リスト<br>(求償事務受託分) | 受託している被保険者全てのレセプトを抽出したもの・第三者傷害『交通事故等』のレセプト調査リスト              |

※国保総合システムに公開するもの

| 毎月の日程 | メニュー・帳票名等                                                      | 内 容                                                     |
|-------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 10 日頃 | <u>給付記録確認・修正</u><br>【各種検索】<br><u>色付箋</u> →黄緑<br><u>枝番</u> →200 | 未委託で、レセプトの特記事項欄に「交」又は「10 第三」等の表示のあるもの・第三者傷害『交通事故等』のレセプト |
| 10 日頃 | <u>給付記録確認・修正</u><br>【各種検索】<br><u>色付箋</u> →黄緑<br><u>枝番</u> →100 | 受託している被保険者全てのレセプト・第三者傷害『交通事故等』のレセプト（求償事務受託分）            |

※年度中に数回送付するもの

| 日程                   | 文 書 名                  | 内 容                               |
|----------------------|------------------------|-----------------------------------|
| 10 月と 4 月（翌年）の 10 日頃 | 第三者行為求償事務受託・<br>収納状況表  | 当該年度中の状況把握リスト                     |
| 3 月                  | 3 月期第三者行為求償金収<br>納状況速報 | 年度末求償金の収納状況報告<br>（15 日・23 日・31 日） |
| 4 月                  | 第三者直接請求収納状況<br>表       | 分割案件について出力し収納が<br>なければ送付いたしません    |

## 「第三者直接請求収納状況表」の作成とレイアウト

- 第三者直接収納状況を各年度別・各月別の内容で各保険者毎として各制度毎（国保・退職・老健）あるいは全体分として出力する。

第三者直接請求収納状況表 ( 年度 4 月 1 日～3 月 31 日)

該当年度の収納状況を、保険者の希望により、半年計またはその都度打ち出し可能

|      |     |
|------|-----|
| 保険社名 | 〇〇市 |
| 制度区分 | 国保  |

|         |                              |       |  |      |             |    |   |
|---------|------------------------------|-------|--|------|-------------|----|---|
| 受 付 番 号 | 4050008                      |       |  |      |             |    |   |
| 被保険者氏名  | 国保 太郎                        |       |  |      |             |    |   |
| 被保険者番号  | 1-213-4                      | 受給者番号 |  | 生年月日 | S. 32. 2. 1 | 性別 | 男 |
| 住 所     | 〒780-0000 高知県〇〇市 1-1         |       |  |      |             |    |   |
| 事 故 日   | 昭和 55 年 06 月 08 日 03 時 30 分頃 |       |  |      |             |    |   |
| 事故発生場所  | 高知県〇〇市 2-1                   |       |  |      |             |    |   |

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| 第三者氏名 | 健保 一郎                 |
| 第三者住所 | 〒780-0000 高知県〇〇市 4-40 |

[illegible]

先頭行に初回の請求年月日及び求償金額と前回分までの収納状況が表示される

その都度の残額が  
表示される

当該年度の指定範囲内  
の収納合計額

頁：1

保險者：

44

事 務 連 絡  
年 月 日

国保求償事務担当者様

高知県国民健康保険団体連合会  
求償係

## 3 月期第三者行為求償金収納状況（速報）

【3/ ～3/ 日までの収納明細】

[illegible]

※送金は 年 月 日を予定しております。

## V 参考資料

### 1 自賠責保険と自動車保険（任意保険）の相違

| 項目         | 自賠責保険                                                                                                                                                                | 自動車保険（任意保険）                                                                                                                                                                                                                |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本的相違点     | <p>◇自動車損害賠償保障法（以下「自賠法」とする）に基づき、交通事故の被害者救済を目的とした強制保険</p> <p>◇被害者保護の観点から、社会保障的な要素が強く、大量の事案を扱うため、迅速処理の必要から、支払基準についても定型・定額化されている</p> <p>◇被害者 1 名につき支払い保険金に限度が設けられている</p> | <p>◇他の保険と同様に、いくつかの免責規定（保険金を支払わない場合）がある</p> <p>◇算定にあたっては、一般の損害賠償理論に基づいた査定がされる</p>                                                                                                                                           |
| 保険金を請求できる者 | <p>◇被保険者—自賠法第 15 条<br/>保有者・いわゆる加害者請求</p> <p>◇被害者—自賠法第 16 条<br/>いわゆる被害者請求</p> <p>◇被害者代位請求—国保法第 64 条第 1 項によるもの</p>                                                     | <p>◇被保険者</p> <p>①記名被保険者</p> <p>②被保険自動車を使用、または管理中の次の者</p> <p>ア. ①の配偶者</p> <p>イ. ①またはその配偶者の同居の親族</p> <p>ウ. ①またはその配偶者の別居の未婚の子</p> <p>③許諾被保険者（自動車取扱業者を除く）</p> <p>④①の使用者（使用の業務に使用中に限る）</p> <p>◇損害賠償請求権者（被害者直接請求）国保求償もこの中に入る</p> |

|                          |                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>保険金の支払<br/>われる範囲</p>  | <p>◇自動車の「運行によって」生じた人身事故による損害</p>                                                                                                      | <p>◇自動車の「所有・使用・管理に起因して」生じた人身事故による損害額から自賠責保険等で支払われる金額を差し引いた額とする</p>                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>保険金の支払<br/>われない場合</p> | <p>無責<br/>次の 3 条件を証明したときは第三者無責となる<br/>◇事故及び運転者が自動車の運行に注意を怠らなかったこと<br/>◇被害者または運転者以外の第三者に故意または過失があったこと<br/>◇自動車に構造上の欠陥・機能の障害がなかったこと</p> | <p>◇保険契約者、記名被保険者またはこれらの者の法定代理人の故意によって発生した損害<br/>◇記名被保険者以外の契約者の故意によって生じた損害。ただしそれによって契約者が賠償責任を負担することによって被る損害に限る<br/>◇契約者が、損害賠償に関し第三者との間に特約を締結しているときは、加重された損害賠償責任を負担することによって被る損害<br/>◇次の者の生命または身体が害された場合<br/>ア. 記名被保険者<br/>イ. 契約自動車を運転中の者またはその父母、配偶者もしくは子<br/>ウ. 契約者の父母、配偶者または子<br/>エ. 契約者の業務（家事を除く）に従事中の使用人<br/>オ. 契約者の使用者の業務に従事中の他の使用人</p> |

|                 |                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 支払われる<br>保険金の限度 | <p>自賠法施行令で定められている金額は以下のとおり</p> <p>※被害者 1 人当たりの金額</p> <p>①傷害による損害 120 万円</p> <p>②後遺障害による損害 第 1 級 4,000 万円から第 14 級 75 万円まで 14 段階</p> <p>③死亡の場合</p> <p>ア. 死亡による逸失利益、慰謝料等の損害に対して 3,000 万円</p> <p>イ. 死亡に至るまでの傷害による損害 120 万円</p> | <p>◇1 名保険証書記載の保険金額</p> <p>◇支払額</p> <p>損害賠償責任額＝相手の損害額×自身の過失割合</p> |
| 仮渡金の請求          | <p>◇自賠法 17 条により被害者請求ができる</p> <p>ア. 死亡の場合 290 万円</p> <p>イ. 傷害の場合 その程度に応じ 40・20・5 万円</p>                                                                                                                                     |                                                                  |
| 内払金の請求          |                                                                                                                                                                                                                            | <p>◇示談成立前でも被害者の治療費、看護料及び休業損害（自賠責保険で支払い済みの額を除く）については、必要に応じて行う</p> |
| 同時請求<br>の場合     | <p>◇加害者請求を優先</p> <p>◇被害者請求と国保求償の競合の場合、被害者請求が優先</p> <p>人身傷害補償保険との競合の場合、それぞれの損害に応じて按分される</p>                                                                                                                                 | <p>◇原則的に被害者請求優先</p>                                              |

|                                                       |                                                                                                                                                                                    |                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 減額または<br>過失相殺                                         | <p>減額</p> <p>◇重大な過失によるもの</p> <p>ア．被害者の軽過失は対象外（無過失責任に近い考えの為）</p> <p>イ．被害者に重過失がある場合のみ 20・30 または 50%の減額</p> <p>（傷害による損害及び死亡に至るまでの傷害については 20%のみ）</p>                                   | <p>過失相殺</p> <p>◇被害者に過失がある場合、又は好意同乗の場合、判例及び認定基準を参考にして妥当な割合により過失相殺・減額を行う</p> <p>（公平負担の原則）</p> |
| 時 効                                                   | <p>◇加害者請求の場合は、加害者が被害者に損害賠償金を支払った日から 3 年</p> <p>◇被害者請求の場合は事故日から 3 年</p>                                                                                                             |                                                                                             |
| <p>傷害による損害</p> <p>①治療費関係</p> <p>②休業損害</p> <p>③慰謝料</p> | <p>◇治療費、看護料、諸雑費、通院交通費等</p> <p>◇治療期間の範囲内で妥当な休業日数に対して支払われる</p> <p>1 日につき 19,000 円を限度として実費を認定</p> <p>収入額の立証資料のない者、主婦並びに家事従事者は 1 日につき 6,100 円を基準とする</p> <p>◇対象となる日数に 4,300 円を乗じたもの</p> | <p>◇自賠責保険と同様</p> <p>◇治療期間中の休業による損害は収入減の実額</p> <p>◇定額的な補償は行わず、被害者の諸条件を考慮した妥当な金額</p>          |

（令和 4 年 4 月現在）

## 2 無料交通事故相談機関

### ※高知県の相談所

高知県交通事故相談所

高知市丸ノ内 1 丁目 2-20

高知県本庁舎 4 階

TEL 088-823-9578 (直通)

### ※高知弁護士会

高知市越前町 1 丁目 5-7

高知弁護士会

TEL 088-872-0324

### ※社団法人日本損害保険協会 そんぽADRセンター四国

香川県高松市古新町 8-1

高松スクエアビル 3 階

TEL 087-883-1031