

念 書（被害者側）

私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法  
老人保健法 による保険給付  
を受けた時は、国民健康保険法第64条第1項  
老人保険法第41条第1項 の規定により、保険給付額の限度  
において、貴殿が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当選に取得、行使し、かつ  
賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって  
申し立てます。

1. 加害者と示談を行なおうとする場合は、必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること。
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、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。

平成 年 月 日

住所

氏名

印

市 町 村 長  
国保組合理事長 殿

記

事故発生日	平成	年	月	日	午前・後	時	分頃
事故発生場所							
加 害 者 (運転者)	住 所						
	氏 名						
被 害 者 (被保険者等)	住 所						
	氏 名					誓約者との関係	

(注) 印欄は誓約者と国保被保険者又は老人保険受給者が異なる場合のみ記入して下さい。

## 人身事故証明書入手不能理由書

御中

当 事 者	運 転 手 ・ 甲	住 所					
		氏 名			生年月日		
		自賠償保険 契 約 先			自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号			車台番号		
	被 害 者 ・ 乙	住 所	電話 ( )				
		氏 名			生年月日		
		自賠償保険 契 約 先			自賠償保険 証明書番号		
		登録 車両 番号			事故時の 状 態	運転・同乗(甲・乙)・ 歩行・その他	
発 生 年 月 日 時		平成 年 月 日		午前・午後	時 分	ころ 天気	
発 生 場 所		において					
届 出 警 察		警 察 担 当 官		届出年月日	年 月 日		
甲・乙 以外の 当事者	住 所			氏 名			
	自賠償保険 契 約 先			自賠償保険 証明書番号	第	号	
人身事故証明書入手不能理由							
添付書類 ・ 事故車両の写真、修理見積書および示談書 ・ 物損事故のある場合 当該事故証明書 ・ 車台番号契約の場合 車検証写又は登録済証・構内事故の場合 構内責任者の事故現確書							

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。						
運転手(甲)						
				年	月	日
住 所						
氏 名				印	電話	( )









上記事故を目撃したことを証明致します。						
				年	月	日
目撃者 住 所						
氏 名				印	電話	( )

事故証明書が物件事故か、又は無届け事故のため、人身事故として事故証明書が不可能な場合

- ・ 人身事故証明書入手不能理由書
  - ・ 加害者、被害者双方の修理見積書
  - ・ 加害者、被害者双方の車両の写真
  - ・ 事故現場の写真
- (ナンバ - 確認できる位置、接触部位)

# 事故発生状況報告書

様式第7号

甲 (加害運転者)	(電話)	乙 (被害者)	(電話)	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 している 歩道(両・片) ある 直線・カーブ していない, ない, 平坦・坂, 見通し 良 い 積雪路・凍結路 悪い			
標識	駐停車禁止 されている その他 されていない,			
速度	甲車 km/h (制限速度 km/h), 乙車 km/h (制限速度 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被害者の 状況を图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)			
	甲車  乙車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車  オートバイ 			
上記図の説明を 書いて下さい。	(Blank area for explanation)			

甲車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名 (電話)
保有者	〒 住所		氏名 (電話)

別紙事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
 乙との関係 ( )

# 誓約書

貴（市町村・組合）の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですから、次の事項を順守することを書面をもって誓約いたします。

1. 貴殿が支払った医療費の給付額確定時に、その請求に従って遅滞なく支払いします。
2. 示談は、前もって貴殿の書面承諾を得てから行ないます。
3. 貴殿の承諾を得ないで行なった示談が、誓約事項に違背することがあっても、誓約書の無効は主張いたしません。この示談による一切の責任は私にありますから、貴殿の指示に忠実に従い義務を履行いたします。
4. 上記1の支払いに充てるため 保険会社（農協共済等）に対して有する自動車損害賠償責任保険から受ける保険金のうち、保険給付額を限度として貴殿の優先受領権を認めます。

平成 年 月 日

誓約者 住所  
氏名 印  
保証人 住所  
氏名 印

市 町 村 長  
殿  
国保組合理事長

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名		誓約者との関係	
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

(注)印鑑証明を添付して下さい。 印欄は誓約者を運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

様式第8号

第三者行為基本調査書(交通事故)

保険者名

事故発生年月日	平成 年 月 日		午前・午後		時	分頃
事故発生場所	市・郡		町・村			
被害者	住所	(〒 )	市・郡	町・村	番地	
	フリガナ			男	才	
	氏名			女	才	
	職業	TEL				
保有者 (加害者)	住所	(〒 )				
	氏名		契約者との 関係		TEL	
運転者 (加害者)	住所	(〒 )				
	氏名			男	才	
	保有者との 関係		職業		TEL	
自賠責 保険 関係	有・無	保険会社名	保険会社 支店			
		農協組合名	農業協同組合			
	証明書番号	第	号			
	保険契約者	住所	TEL			
		氏名				
	加害自動車	種別		県別		
		登録番号又は 車両番号		車台番号		
保険期間	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日 午前 時 ヶ月間					
未請求	請求済		本請求済			
月頃請求する予定	円	円	円	平成 年 月 日頃		
任意 保 険 対 人	有・無	保険会社名	保険会社 支店			
		農協組合名	農業協同組合			
	証券番号	第	号			
	保険契約者	住所				
		氏名	TEL			
保険期間	自平成 年 月 日～至平成 年 月 日 午前 時 ヶ月間					
療養取扱機関名			国保等による診療	平成 年 月 日から		
示談内容	成立 年 月 日, 未成立, 交渉中( 年 月 現在)					
摘要欄	高額療養費の支給 有・無					