

年 月 日

様

第三者行為による傷病届等の提出について

平素より国民健康保険に御理解いただきありがとうございます。

さて、交通事故や傷害事件など、第三者が原因となるケガの治療のために保険証をお使いになる場合、当区国民健康保険への届出が必要になります。

ただし、加害者が全額すぐに負担する場合は国民健康保険を使用できません。

○印のついた下記の書類を速やかに当区まで提出くださいますようお願いいたします。

記

- ① 第三者行為による傷病届
- ② 事故発生状況報告書
過失割合等の判断をする資料となりますので、道路状況、信号、標識、速度の他、周囲の状況、道路の幅員なども詳しく記入してください。
- ③ 事故証明書
取り寄せるまでに時間のかかる場合は、後でお送りください。（コピー可）
- ④ 念書 ※被害者が記入します。
第三者によるケガの医療費は、本来、加害者が負担すべきものです。
国民健康保険が立て替えた分については、後日、加害者に請求することになります。
このことを御理解いただくものです。
- ⑤ 同意書
※被害者が記入します。
- ⑥ 誓約書
※加害者の方に記入をしてもらってください。
- ⑦ 加害者の保険について
※加害者の方に記入をしてもらってください。
- ⑧ その他（診断書、示談証明書などがあれば添付してください）
※届出後、示談の成立や治療の完了などがあった場合は、下記まで御連絡ください。

以上

お問合せ・連絡先

〒140-8715 品川区広町2-1-36

品川区 健康推進部 国保医療年金課給付係

TEL 03(5742)6677（直通） 第三者行為担当

※ご注意

- ・飲酒運転、無免許運転等によりケガをした場合は、保険証は使えません。
- ・業務上、通勤途上の事故によるケガは、労災保険の対象となるため、保険証は使えません。

被害者の方の個人番号(12桁) ⇒ — —

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

被害者に関する こと	被保険者証	記号	09—	氏名				
	の記号番号	番号		生年月日	年	月	日	
				続柄	世帯主からみて 妻、子など⇒ ()			
加害者に関する こと	氏名				左 の 使 用 者	名称		
	住所					所在地		
	職業	TEL () —			代表者		TEL () —	
	加害者欄を記入しない場合の理由⇒ (加害者不明など)							
事故の 状況	発生年月日	年	月	日	午前・午後	時	分頃	
	発生場所							
	原因と その状況							
被害の 状況	傷病名				初診年月日	年	月	日
	及び				国保を使い 治療した初日	年	月	日
	傷病の程度				ケガが治るま での見込期間	全 治	日間 ヶ月間	
診療を受けている 医療機関名					TEL —			

上記のとおり、お届けします。

年 月 日

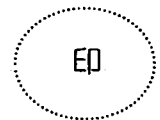
住 所

世帯主 自宅TEL () —

携 帯

氏 名

品川区長 あて



シャチハタは不可です。

事故発生状況報告書

	当事者	甲 (加害運転者)			
		乙 (被害者)		運転・同乗 歩行・その他	
発生年月日			時 間		
発生場所					
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼・夕・夜・明け方
道路状況	舗装	してある してない	歩道 (両側・片側)	ある ない	直線・カーブ
		平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路
信号又は標識	信号	ある・ない	駐車禁止	されている・されていない	
	その他の標識				
速 度	甲車両		Km/h	(制限速度	Km/h)
	乙車両		Km/h	(制限速度	Km/h)
※事故現場における自動車と被害者との状況を図示して下さい	事故発生状況略図 (道路幅をメートルで記入してください。)				
上記図の説明					<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">自 車</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">相手車</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">進行方向</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">信 号</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">一時停止</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">人</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;">自転車 オートバイ</div> </div>
	示談 済 ・ 未				
別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。					
年 月 日					
報告者氏名			印	甲との関係 ()	
				乙との関係 ()	

念 書

年 月 日 (事故発生場所) において加害者 () の不法行為により被害者 () 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項の規定によって品川区が給付の価格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異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

また、損害賠償請求を行うにあたり、診療報酬明細書(写)を関係者に提供すること及び自賠責保険への残額調査をすることに同意します。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって品川区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. 加害者から金品を受けた場合は、受領年月日・内容・金額(評価額)を漏れなく、かつ遅延なく品川区に届けること。

年 月 日

住 所 品川区 丁目 番 号

氏 名

印

品川区長 あて

同意書

品川区長あて

私は、品川区が加害者への損害賠償請求を行うにあたり、診療報酬明細書（写）を関係者（自賠責・任意保険会社、東京都国民健康保険団体連合会）に提供することに同意します。

あわせて、自賠責保険への残額調査をすることにも同意します。

年 月 日

（被保険者）

住 所

氏 名

印

電 話

シヤキタ不可です。

（代理人）

住 所

氏 名

印

電 話

シヤキタ不可です。

被保険者との関係

代理理由

※印鑑は傷病届に押した印と同じものを押印ください。
※電話は日中連絡がとれる番号をお願いします。

誓約書

品川区国民健康保険の被保険者（被害者） _____ が被った傷病に係る過失割合に基づく治療費は、私に支払義務があります。

よって、国民健康保険法による給付が行われた場合は、給付額の限度で品川区に対し指定された期限までに必ず支払うことを誓約します。

もし、違約した場合は、法で定められた処置をとられても何ら異議はありません。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

印

品川区長 あて

加 害 者 の 保 険 内 容

自 賠 責 保 険	契 約 者	氏 名	
		住 所	
			TEL ()-
	保 険 会 社 名		
	証 明 書 番 号		
	支 店 名		
	担 当 者 名		
所 在 地 電 話 番 号		〒 TEL ()-	

任 意 保 険	契 約 者	氏 名	
		住 所	
			TEL ()-
	保 険 会 社 名		
	証 明 書 番 号		
	支 店 名		
	担 当 者 名		
所 在 地 電 話 番 号		〒 TEL ()-	