

# 交通事故に係る求償事務 の届出書類と記入例 (福祉医療)

- 第三者行為傷病届 (様式第3号)
- 事故発生状況報告書 (様式第4号)
- 念書 (様式第5号 及び 第5-2号)
- 誓約書 (様式第6号 及び 第6-2号)
- 委任状兼同意書
- 交通事故証明書・・・自動車安全運転センター

所在地：前橋市元総社町80-4

TEL：027-253-1102

- 交通事故証明書が、「物件事故」の場合、交通事故証明書証明書に被害者が記入されていない場合、無届事故の場合には、別途「人身事故証明書入手不能理由書」の提出が必要となります。
- 各書類は原本の提出をお願いします。(※交通事故証明書は保険会社が原本証明していれば、写しでも可。)

注意：  
被害者 = ご自身  
加害者 = 相手方

様式第3号  
国民健康保険被保険者証の右上に記された8桁の番号を記入。

福祉医療の受給者の場合に記入。

# 第三者行為傷病届

相手方が勤務中に起きた事故の場合に記入。

被害者	被保険者番号・番号 1212・3456	被保険者受給者氏名 国保 花子	退職 国保	後期高齢 本・家	福祉 介護	
加害者	住所 〇〇市〇〇町2-3-4	氏名 加害 太郎	電話 (12)3456			
加害者の使用主	住所 〇〇市〇〇町7-8-9	氏名 群馬 三郎	電話 (23)4567			
発生日時	〇年〇月〇日 午前〇時〇分頃 天候 晴れ		発生場所 〇〇市〇〇町1-2-3			
事故発生の原因及び状況	別紙事故発生状況報告書のとおり					
傷病及び負傷の程度	大腿骨々折 他		治ゆまでの見込み	全治 〇 か月 日		
医療機関名	当初 群馬国保病院	電話 0123(45)6789	転医後	電話		
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険	会社名(共済名) 〇〇火災海上保険	証明書番号 123-456789			
		保険期間 〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	登録番号(プレート・ナンバー) 〇〇500〇1111	25か月		
		契約者住所 〇〇市〇〇町2-3-4	氏名 加害 太郎	車台番号 AB12-23456		
		所有者住所 同上	氏名 同上			
	任意保険	会社名(共済名) △△火災海上保険	担当者氏名 損保 一郎	電話 0272(11)2222		
		証券番号(契約番号) 12342345	保険期間 〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	〇か月		
	契約者住所 〇〇市〇〇町2-3-4	氏名 加害 太郎				
示談の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	交渉経過 未交渉				
<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行規則第33の2 の規定により上記のとおりお届けします。						
提出する日を入力 〇年〇月〇日						
伊勢崎市長 臂 泰雄 様			住所 伊勢崎市 〇〇市〇〇町1-1-1 世帯主 氏名 国保 太郎 電話 (0270)11-1111			
			世帯主名を自署。			

相手方が加入している自賠責と任意保険について記入。

提出する時点で示談がすすんでいる場合には、示談書の写しを添付。

- 1 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)
- 2 次の書類を添付して提出してください。  
(1)交通事故証明書 (2)事故発生状況報告書 (3)念書 (4)誓約書(加害者) (5)示談書(写)  
(6)その他(加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等)

注意：  
甲（加害者）＝相手方  
乙（被害者）＝ご自身

相手方が加入している自賠責保険の  
証番号を記入。（事故証明書を参照）

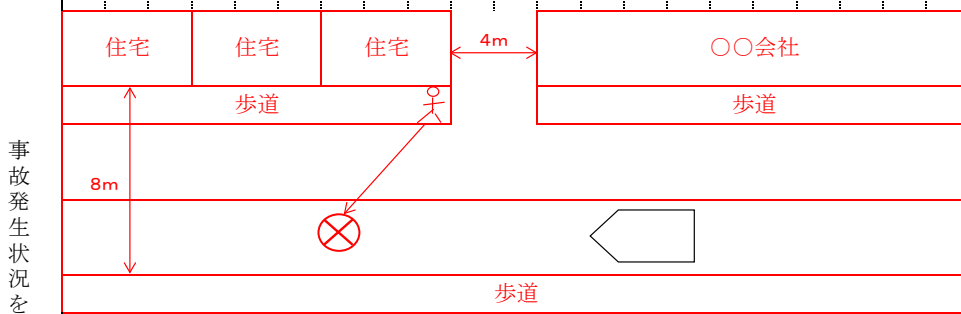
様式第4号

相手方の車やバイクの  
ナンバーを記入

# 事故発生状況報告書

保険証明書 番号（甲）	第 123-456789 号	当事者	甲	氏名 加害 太郎 (電話) (0270)12-3456	運転・同乗 歩行・その他
自動車 番号（甲）	〇〇500〇1111		乙 (負傷者)	氏名 国保 花子 (電話) (0270)11-1111	
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 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない	歩道 (両・片) <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	直線	カーブ	
	<input checked="" type="checkbox"/> 平坦	坂	見通し <input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪路・凍結路	
信号又は標識	信号 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停車禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他標識	
速 度	甲車両 60 km/h(制限速度 40 km/h)、 乙車両 km/h(制限速度 km/h)				

事故発生状況略図（道路幅をmで記入してください。）



交差点の横断歩道より30m位手前

事故発生状況を图示してください。

できるだけ詳しく記入。

上記図の説明を書き

60km/hで直進中の(甲)は、前方の交差点の信号機を気にしていたため右から横断中の(乙)の発見が遅れ、急ブレーキをかけたが間に合わず(乙)が負傷した。

〇 年 〇 月 〇 日

別紙交通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

署名又は記名押印。  
※記名押印の場合は朱肉を使った印鑑で押印。

提出する日を記入

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( 本人 )

国保 花子

署名又は記名押印  
(印)

1. 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
2. 乙欄には、負傷者氏名を記入してください。
3. 天候欄以降については、該当するものに○印、又はおおよその数値を記載してください。

注意：  
被害者=ご自身  
加害者=相手方

様式第5号

# 念 書

事故年月日	○年○月○日	場 所	○○市○○町1-2-3
被害者氏名	国保 花子	加害者氏名	加害 太郎

国民健康保険法による保険  
上記保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による医療 給付を受けた場合は、私が加害者に  
介護保険法による保険

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 保険者  
高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項 の規定によって 広域連合  
介護保険法第21条第1項 市町村長

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異議のないことをここに  
書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、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ときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 上記保険事故で被った保険（医療）給付について、貴職又は貴職から求償事務の委託を受けている群馬県国民健康保険団体連合会が加害者（損害保険会社等）へ損害賠償請求権を行使するに当たって、診療報酬明細書等（写）を請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等（回答含む）について同意いたします。

○年○月○日 提出する日を記入。

※被害者が未成年の場合や心神喪失者等の場合には、監督義務者（保護者）氏名、本人と続柄を記入し、その印を押印。

住 所 ○○市○○町1-1-1  
氏 名 国保 花子

署名又は記名押印  
⑧

市 町 村 長  
国保組合理事長  
後期高齢者医療広域連合長

署名又は記名押印。  
※記名押印の場合は朱肉を使った印鑑で押印。

伊勢崎市長 臂 泰 雄 様

注意：  
被害者=ご自身  
加害者=相手方

# 念 書

事故年月日	○年 ○月 ○日	場 所	○○市○○町1-2-3
被害者氏名	国保 花子	加害者氏名	加害 太郎

上記保険事故について、福祉医療費の支給に関する条例による福祉医療費の支給を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を市町村長が支給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異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 加害者と示談を行う場合は、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ときは受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 上記保険事故で被った福祉医療費の支給に関する条例による福祉医療費の支給について、貴職又は貴職から求償事務の委託を受けている群馬県国民健康保険団体連合会が加害者（損害保険会社等）へ損害賠償請求権を行使するに当たって、診療報酬明細書等（写）を請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等（回答含む）について同意いたします。

○年 ○月 ○日

提出する日を記入。

※被害者が未成年の場合や心神喪失者等の場合には、監督義務者（保護者）氏名、本人と続柄を記入し、その印を押印。

住 所 ○○市○○町1-1-1

氏 名 国保 花子

印

市 町 村 長

伊勢崎市長 臂 泰 雄 様

署名又は記名押印。  
※記名押印の場合は朱肉を使った印鑑で押印。

※相手方に記入してもらおう書類になります。過失割合がご自身のほうが明らかに大きい場合など、相手方からの取り付けが困難であれば添付を省略することができます。

様式第6号

# 誓約書

貴 伊勢崎市 国民健康保険の下記被保険者が受けた保険  
の 後期高齢者医療の下記被保険者が受けた医療 給付は、私の不法行為  
介護保険の下記被保険者が受けた保険

(交通事故)に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 保険 給付額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。  
医療
- 貴職の承諾なしに示談したときは、国民健康保険  
後期高齢者医療 給付分に限り何びとに対しても示談の  
介護保険  
効力を主張しないこと。

相手方の加入する自賠責保険の会社。

- 上記1の支払に充てるため ○ ○ 保険株式会社(農業協同組合)に対して有する自動車損害賠償責任保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、保険 給付額を限度として貴職が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、受領権行使をしないこと。

提出する日を記入

○年 ○月 ○日

実印ではなく認印で可。朱肉を使う印鑑で、押印。印鑑証明書は不要。

※相手方が未成年の場合や心神喪失者等の場合には、監督義務者(保護者)氏名、本人との続柄を記入し、その印を押印。

※誓約者と生計を共にしない人に保証人になってもらう。相手方が仕事上の事故の場合には、相手方の使用者が保証人になる。

誓約者住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 太郎

実印

連帯保証人(誓約者との関係 父 )

住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 ○○

実印

市 町 村 長

国保組合理事長

後期高齢者医療広域連合長

伊勢崎市長 臂 泰雄 様

相手方の車の保有者

保有者	住所	○○市○○町2-3-4		
	氏名	加害 太郎	証明書番号	123-456789
相手方	住所	○○市○○町2-3-4		
	氏名	加害 太郎	誓約者との関係	本人
ご自身	住所	○○市○○町1-1-1		
	氏名	国保 花子		

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。

※相手方に記入してもらおう書類になります。過失割合がご自身のほうが明らかに大きい場合など、相手方からの取り付けが困難であれば添付を省略することができます。

様式第6号-2

# 誓約書

貴 伊勢崎市 の福祉医療費の支給に関する条例による下記受給者が受けた福祉医療費の支給は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 福祉医療費の支給額確定時に損害賠償金を貴職に必ず返還すること。
- 貴職の承諾なしに示談したときは、福祉医療費の支給分に限り何びとに対しても示談の効力を主張しないこと。  
相手方の加入する自賠責保険の会社。
- 上記1の支払に充てるため ○ ○ 保険株式会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、福祉医療費の支給額を限度として貴職が優先的に受領することを承認し、同優先部分については、受領権行使をしないこと。  
提出する日を記入

○ 年 ○ 月 ○ 日

実印ではなく認印で可。朱肉を使う印鑑で、押印。印鑑証明書は不要。

※相手方が未成年の場合や心神喪失者等の場合には、監督義務者（保護者）氏名、本人との続柄を記入し、その印を押印。

※誓約者と生計を共にしない人に保証人になってもらう。相手方が仕事上の事故の場合には、相手方の使用者が保証人になる。

誓約者住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 太郎

実印

連帯保証人（誓約者との関係 父

住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 ○○

実印

市 町 村 長

伊勢崎市長 臂 泰 雄 様

相手方の車の保有者

保 有 者

住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 太郎

証明書番号

123-45678

相手方

連 転 者

住所 ○○市○○町2-3-4

氏名 加害 太郎

誓約者との関係

本人

ご自身

福祉医療費受給者

住所 ○○市○○町1-1-1

氏名 国保 花子

- 誓約者、連帯保証人の印鑑証明書を添付してください。
- 自賠責保険証明書の写しを添付してください。

## 委任状兼同意書

伊勢崎市長 様

私は上記の者に対して、次の事項を委任します。

事故に遭われた日

相手方の名前を記入

私が、〇〇年〇〇月〇〇日、加害者 **加害 太郎** から受けた損害のうち、私について支給された福祉医療費に係る自動車損害賠償保障法に基づく損害賠償責任保険及び損害賠償責任共済、自動車保険及び自動車共済並びにその他の損害賠償額の請求及び受領（以下「求償事務」という。）に関すること。

なお、上記により受領した損害賠償額については、私が返還すべき額に充当されたいこと。

また、上記の者が求償事務を群馬県国民健康保険団体連合会等に委任（復代理人として選任）する場合について同意します。

記入した日を記入

〇〇年〇〇月〇〇日

委任者住所 〇〇市〇〇町1-1-1

氏名 **国保 花子**

事故に遭われた被保険者の  
自署



写

〒 □□□□-□□□□

## 交通事故証明書

申 住所 △△市△△町2-3-4  
請  
者 氏名 相手 花子 様

この写しは原本に相違ないことを証明する。

平成 24年 5月 8日

□□□□火災海上保険株式会社

△△サービスセンター 担当者 (印)

原則は原本での提出。写しの場合、損保担当者の原本証明が必要となります

事故照会 番号	●●署(隊) 第●●●●号	甲・乙・との関係 (本人) ・ 代理人												
発生日時	平成 24年 4月 1日 午前 11時 30分ころ													
発生場所	群馬県××市××町1-2-3													
甲	住所	群馬県△△市△△町2-3-4 (TEL △△△-△△△-△△△△)										備考 甲・乙以外の当事者 無		
	フリガナ 氏名	ア行 ハコ 相手 花子				生年 月日	昭和 △年 △月 △日 女							
	車種	自家用 普通乗用自動車			車両 番号	群馬△△△あ△△△△								
	自賠償 保険関係	有り △△損害保険株式会社			証明書 番号	123-456789								
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(運転者名 )・歩行・その他												
乙	住所	群馬県○○市○○町1-1-1 (TEL ○○○-○○○-○○○○)												
	フリガナ 氏名	ホニシ タロウ 本人 太郎				生年 月日	昭和 ○年 ○月 ○日 男							
	車種	自家用 普通乗用自動車			車両 番号	群馬○○○か○○○○								
	自賠償 保険関係	有り ○○海上火災保険株式会社			証明書 番号	ABC-1234567								
	事故時の 状態	○ 運転・同乗(運転者名 )・歩行・その他												
事故類型	車両相互						車両単独				踏 切	不・ 調 査 明 中		
	人対 車両	正面 衝突	側面 衝突	出衝 合い 頭突	接 触	○ 追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱	衝 突			そ の 他	
上記の事項を確認したことを証明します。 なお、この証明は損害の種別とその都度、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。 平成 24年 4月 25日 自動車安全運転センター													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が必要となります。	
群馬県事務所長 (印)														
証明番号	001234					照合記録簿の種類	人身事故							