

※事故証明書等を参考に、可能な範囲でご記入ください。

第三者行為（交通事故等）による傷病届

保険者番号	3 7 0 0 2 3
被保険者の記号番号	香川 2
個人番号(マイナンバー)	

区分 1 交通事故 2 ひき逃げ
3 けんか 4 その他

被 保 険 者 に 関 する 事 項				第 三 者 に 関 する 事 項				
事 故 の 概 要	被保険者氏名		昭・平・令 年 月 日生 歳	相 手 方 使 用 者 (親 権 者)	住 所		(電話)	
	発 生 年 月 日		平・令 年 月 日		氏 名		年 月 日生 歳	
	時 刻		午前・午後 時 分ごろ		勤務先名		(電話)	保 有 者 との関係
	発 生 場 所				所 在 地 (住所)			
診 療 関 係	(具体的原因) 別添報告書のとおり			自 賠 責 保 険 (強 制)	名 称 (氏名)		(電話)	
					代 表 者 名			
					保 險 会 社 または農協名		火災海上保険 農業協同組合	
					証 明 書 番 号			
損 害 賠 償 状 況	病 院 名	当 初	(初診 年 月 日)	自 動 車 保 険 等 (任 意 保 険)	契 約 者			
		転 医	(年 月 日)		住 所			
	名	転 医	(年 月 日)		保 有 者		契 約 者 との関係	
	国 保 診 療 開 始 日		年 月 日から		種 別		府 県 別	
自賠責保険への請求方法 (県外の場合請求先記入要す)			1 被害者 2 加害者 3 医療機関	登 録 番 号 車 両 番 号				
					保 險 会 社, 農 協 ま た は 共 済 名		火災海上保険 農業協同組合 共 済 組 合	
					証 券 番 号			
					住 所			
					氏 名			
					保 險 会 社, 農 協 ま た は 共 済 の 担 当 者 名		(電話)	
示 談	1 未定 2 交渉中 3 不成立 4 成立 (平成 年 月 日)							
	内 容							

上記のとおり届けます。

令和 年 月 日

丸亀市長 殿

住所

氏名

(電話)

(注) 添付書類 ①示談が成立している場合は示談書の写

②警察官署の発行する事故証明書の写

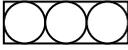
③事故発生状況報告書

④誓約書

⑤念 書(兼同意書)

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ			
発生場所				
甲（相手運転者） 氏名		乙（被保険者） 氏名		運転, 同乗者 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, してない】 歩道（両, 片）【ある, ない】 直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】 積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園（郊外） 国道, バイパス, 山間地, その他（ ）】			
信号又は標識	信号【ある, ない】 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 乙車両	km/h (制限速度 km/h) 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 図示してください。	事故発生状況略図（道路幅を m で記入してください。）			相手車  受給者車  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 書いてください			

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者	氏名 (電話)
所有者	〒 住所	氏名	(電話)

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

氏名 印

※署名又は記名・押印

※未成年の場合は親権者等

念 書（兼同意書）

年 月 日

において の

不法行為により

の蒙った負傷について

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1から3までについては遵守することを誓約し、4及び5については同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず事前に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. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
5. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

※署名又は記名・押印

※未成年の場合は親権者等

丸亀市 殿

誓約書

令和 年 月 日

において傷害を受けた 様の治療費は、
貴市の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴市が給付を行った額の限度で私の過失分について貴市の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

令和 年 月 日

支払義務者 住所

氏名 印

丸亀市 殿