

福祉医療の第三者行為にかかる書類

(交通事故による傷病の場合)

■ □ ■ 必要書類の整備ができ次第速やかに市民課に提出してください ■ □ ■

No.	帳票名	お渡しする様式	提出書類
①	第三者行為による傷病届	1枚	○
②	事故発生状況報告書 (分かりやすく詳細に記載・周辺地図)	1枚	○
③	同意書 (被保険者が記入。未成年の場合は親権者または世帯主が記入。)	1枚	○
④	誓約書 (相手方に記載してもらった用紙です。署名を拒否した場合等提出できない場合は、理由を右上に記入してください。)	1枚	○
⑤	委任状兼同意書 (福祉医療 乳・母・障・高障・移をお持ちの場合)	1枚	○
⑥	交通事故証明書 *	-	○
⑦	人身事故証明書入手不能理由書	1枚	● 必要に応じ

※ 書類作成については保険会社が支援してくれる場合がありますのでお問い合わせください。

※ ①傷病届の被保険者記号・番号欄には、受傷時加入中の健康保険の被保険者記号と番号を記入してください。また、福祉医療の受給者証（乳・母・障・高障・移）をお持ちの場合は、⑤の委任状兼同意書も必要です。

* 自動車安全運転センターで発行される⑥事故証明書は、原本または原本証明された写しが必要です。

(申請用紙は警察署にあります。必要事項を記入して、郵便局から払込を行ってください。)

人身事故扱いの証明書を入手することができない場合は、

⑦「人身事故証明書入手不能理由書」を提出してください。

【提出先】：市役所市民課またはお近くの各市民局市民係

※郵送の場合は市民課に送付してください。

※電話でのお問い合わせにつきましては市民課をお願いします。

宍粟市 市民生活部 市民課 医療年金係
本庁舎 1階 ⑭窓口
〒671-2593
兵庫県宍粟市山崎町中広瀬133番地6
TEL 0790-63-3108
FAX 0790-62-2987

一宮市民局 まちづくり推進課 市民係
一宮市民局 1階
〒671-4192
宍粟市一宮町安積1347番地3

波賀市民局 まちづくり推進課 市民係
波賀市民局 1階
〒671-4221
宍粟市波賀町上野257番地

千種市民局 まちづくり推進課 市民係
千種市民局 1階
〒671-3201
宍粟市千種町千草168番地

第三者行為による傷病届

項 目		内 容				
(被 届 出 者 名 等)	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 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな	生年月日		
	氏名 / 生年月日	氏名	年	月	日	
	住所 / 電話		〒	TEL ()		
(被 害 者)	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな	生年月日		
	住所 / 電話	氏名	年	月	日	
		届出者の情報と同じ場合はチェック <input type="checkbox"/>	〒	TEL ()		
(加 害 者)	氏名		ふりがな	生年月日		
	住所 / 電話		氏名	年	月	日
			〒	TEL ()		
加害者の親権者、使用者等(加害者以外に責任を負う者がいる場合)		氏名(法人名)	ふりがな	生年月日		
		住所(事業所)/電話	氏名(法人名)	年	月	日
			〒	TEL ()		
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		令和 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。 (※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	保険会社名 / 保険契約者名		保険会社名	ふりがな		
	登録番号 / 車台番号		登録番号	氏名		
	保険期間 / 自賠責証明書番号		車台番号	自賠責証明書番号		
			年 月 日 ~ 年 月 日	第	号	
任 意 保 険 (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	E-mail		
	保険契約者名		氏名			
	住所		ふりがな			
	保険期間 / 契約番号		氏名			
	任意対人一括の有無		〒	有 / 無		
任意対人一括の有無						
被害者加入の保険会社の関与		関与の有無をチェックし、「有」の場合は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名	担当部署		
			担当者氏名	TEL ()		
治 療 状 況	傷病名					
	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日	令和 年 月 日
					治療終了(見込)	令和 年 月 日
	住所 / 電話番号		〒	TEL ()		
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日	令和 年 月 日
					治療終了(見込)	令和 年 月 日
			〒	TEL ()		
		③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日	令和 年 月 日	
				治療終了(見込)	令和 年 月 日	
		〒	TEL ()			
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和 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。

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。

令和 年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

（印）

※署名又は記名押印

（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。

誓 約 書

私は、下記の事故に起因する被保険者（受給者）の保険（医療）給付について、貴市・町・国保組合の国民健康保険の給付を受けた場合、法律上の責任の範囲において、後日貴市・町・国保組合から請求があったときは、納付することを誓約いたします。また、保険（医療）給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（責任共済）損害賠償金を、貴職が優先して受領されることを承諾いたします。

なお、市町条例等による福祉医療費の助成を受けた場合も同様といたします。

令和 年 月 日

(第三者)

住 所 _____

電 話 () _____

氏 名 _____ 印

(連帯保証人)

住 所 _____

電 話 () _____

氏 名 _____ 印

兵庫県 宍粟市長 様

記

事 故 日	発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃
	発生場所	
(受給者)	住 所	
	氏 名	

委任状兼同意書

(別紙)

事故発生年月日	令和 年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名		第三者氏名	
公費負担者番号		公費負担医療 の受給者番号	

上記事故に係る「宍粟市福祉医療費助成条例」、「宍粟市母子家庭等医療費の助成に関する条例」、「宍粟市少子化対策事業助成条例」又は「宍粟市高齢重度障害者医療費助成事業実施要綱」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を宍粟市長に委任します。

また、宍粟市長が求償事務を兵庫県国民健康保険団体連合会に委託することを認めます。

上記事故に関して、私が宍粟市による福祉医療費助成を受けるに当たり、下記の事項に同意します。

- 1 貴職が、第三者行為による関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を漏れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 6 兵庫県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項
 - (1) 第三者行為による関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
 - (2) 保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

兵庫県 宍粟市長 様

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が同意書を差し入れてください。

人身事故証明書入手不能理由書

兵庫県 宍粟市長 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。)

理由 ※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため		
	<input type="radio"/> 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		
	<input type="radio"/> 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		
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】		
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】		
◆ 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 (判明している場合)	届出年月日	令和 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、関係者の署名もしくは記名・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。	
<input type="radio"/> 当事者	住所： 〒 _____ 記載日 令和 年 月 日
<input type="radio"/> 目撃者	_____
<input type="radio"/> その他（ ） 氏名：	_____
※ 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、自賠償保険に請求（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。

責任者	担当者

◆ 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 _____		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日： 令和 年 月 日 】

○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		令和 年 月 日 時 分頃 天候		
発生場所				
当 事 者	甲	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	年 月 日 才
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	年 月 日 才
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丙	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	年 月 日 才
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
	丁	住所	電話 ()	
		氏名	生年月日	年 月 日 才
		自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号
		登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住所	電話 ()		
	氏名	生年月日	年 月 日 才	
	自賠責保険契約先	自賠責保険証明書番号	第 号	
	登録番号	事故時の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。