

第三者行為基本調書 (負傷状況)

被 保 険 者
市 町 村 名

事故発生年月日	年 月 日 午前・午後 時 分頃		
事故発生場所	市 町 郡 村		
被 害 者 (被保険者) 加入者	住 所		
	氏 名	男・女 才	
	職 業	TEL	
加 害 者	住 所		
	氏 名	男・女 才	
	保有者との 関 係	TEL	
保 有 者	住 所		
	氏 名	TEL	
自 賠 責 保 險	有 ・ 無	保険会社名 農協組合名	保険会社 支店 農業協同組合
		証明証番号	第 号
保 險 契 約 者	保 險 契 約 者	住 所	
		氏 名	TEL
加 害 自 動 車	加 害 自 動 車	種 別	県 別
		登録(車両番号)	車 台 番 号
保 險 期 間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 午前 時 カ月間		
関 係	未請求 月頃請求する予定	請求済 仮渡 内払 回	本請求済 年 月 日頃 円 円
任 意 保 險 対 人	有 ・ 無	保険会社名 農協組合名	保険会社 支店 農業協同組合
		証明証番号	第 号
保 險 契 約 者	保 險 契 約 者	住 所	
		氏 名	TEL
保 險 期 間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 午前 時 カ月間		
自賠との関係	任意保険会社が自賠一括払の有・無		
医療機関名 (サービス事業者等)			
示 談 内 容	成立 年 月 日、未成立、交渉中 (年 月 日現在)		
摘 要 欄	高額医療費支給の有・無 (高額介護サービス費)	担当者名	
		TEL	
損保会社調査員	所属 氏名	TEL	

交通事故証明書

申請者住所

氏名

事故照会 番号	署第 号		甲・乙 との続柄									
発生日時	年 月 日 午前・午後		時 分 ころ 天候									
発生場所												
甲	住所	電話			備考 甲・乙以外の 当事者 無 有 枚 (別紙記載のとおり)							
	氏名	生年月日	年月日 (歳)									
	車種	自事	車両番号									
	自賠償 保険関係	有 無 契約先	証明書 番号									
	事故時 の状態	運転・同乗()・歩行・その他										
乙	住所	電話										
	氏名	生年月日	年月日 (歳)									
	車種	自事	車両番号									
	自賠償 保険関係	有 無 契約先	証明書 番号									
	事故時 の状態	運転・同乗()・歩行・その他										
事故類型	人体 車両	車両相互					車両単独				踏 切	不明 調査中
		正面 衝突	側面 衝突	出衝 合 頭突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路外 逸脱	衝 突		
<p>上記の事項を確認した事を証明します。</p> <p>なお、この証明は、損害の種別とその程度、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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">自動車安全運転センター 事務所長</p>												
証明番号			照会記録簿の種別		人身事故・物件事故							

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号		当 事 者	甲（加害運転者）	氏 名 (電話)	
自 動 車 の 番 号			乙（被害者）	氏 名 (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 { してある / していない } 歩道 (両・片) { あ る / な い } 直線・カーブ 平坦・坂 見通し { 良 い / 悪 い } 積 雪・凍 結				
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 km/h(制限速度 km/h)、乙車両 km/h(制限速度 km/h)				
事故現場に於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mで記入して下さい。） 1 最初に相手を発見したのは約 メートルの位置 2 車（甲、乙） その時私は・わき見・考え事・標識の見落先に行けると思った・速度が出た・その他（ ） 3 歩行者 その時私は・先に渡れると思った・車の接近に全く気がつかず・急に飛び出した（左から） ・走った・その他（ ）				
上記の図の説明を書いて下さい。	甲 車  乙 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車 }  オートバイ }				

上記のとおり事故につきまして、ご報告申し上げます

年 月 日

加害者(甲)との関係 ()

被害者(乙)との関係 ()

印

念 書 (被害者側)

国民健康保健法 保険
 私が下記交通事故で被った保険事故について、老人保健法による医療給付を受けた
 介護保健法 介護

国民健康保健法第64条第1項 保険
 ときは、老人保健法第41条第1項の規定により医療給付額の限度において、貴殿が加害
 介護保健法第21条第1項 介護
 者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、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。

- 保 険
- 1 医療給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）からの損害賠償金を貴殿
 介護
 が優先して受領されること。
 - 2 加害者との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ること。
 - 3 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
 - 4 加害者側から金品を受けたとき、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ遅
 滞なく貴殿に届けること。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

保険者名 空知中部広域連合
 保険者代表者氏名 連合長

様

記

事故発生日		事故発生 場 所
加 害 者	住 所	
	氏 名	
被 害 者	住 所	
	氏 名	
※被保険者・加入者 と誓約者との関係		

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入して下さい。

誓 約 書 (加害者側)

国民健康保健法 被保険者 保険
 空知中部広域連合の老人保健法の下記 加入者 が受けた 医療 給付は、私の不法行為
 介護保健法 介護

(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書面をもって誓約いたします。

- 保 険
- 1 医 療 給付額確定時に過失割合により損害賠償金を貴殿に支払いすること。
 介 護

 - 2 上記1の支払に充てるため_____保険株式会社（共済農協組合）に対して有す
 保 険
 自賠責保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、医療 給付額を限度として貴殿
 介 護
 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、誓約者の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

保険者名 空知中部広域連合

保険者代表者氏名 連合長 様

記

被 害 者	住 所			
	氏 名			
保 有 者	住 所			
	氏 名			
被 害 者	住 所			
	氏 名			
※加害者と誓約者との関係		自賠責(共済) 証明書番号		

※印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入して下さい。

個人情報の第三者提供に関する同意書

年 月 日

空知中部広域連合
連合長 様

世帯主住所 _____

世帯主氏名 _____ ㊦

私は、私が被った保険事故について、空知中部広域連合が取得した損害賠償請求権の行使に当り、空知中部広域連合が保有する私に関する個人情報を、次に掲げる利用目的のため、損保会社等に対して提供することに同意します。

記

1 提供する個人情報

- ① 保険事故に関する国民健康保険（老人保健）診療報酬明細書
- ② 交通事故証明書
- ③ 念書
- ④ その他

2 利用目的

損保会社等に対する第三者行為の求償事務