第三者行為による傷病届（自損事故も含む）

令和　　年　　月　　日

岡山市長　　様

世帯主　住 所

氏 名　　㊞

（署名又は記名押印）

国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定によりお届けします。

被保険者記号番号	被害者（被保険者）氏名	世帯主との続柄
岡１－		

生年月日	電話番号（日中連絡がとれるところ）
昭和・平成・令和　　年　　月　　日生	－　　－

事故	発生日	令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分ごろ
	場所	

第三者（事故の相手方）	相手方（運転者）	住所	連絡先 電話　－　－	
		氏名	（　　歳）	
	使用主（車保有者）	所在地	電話　－　－	
		名称	代表者職氏名	
	相手方の自賠責保険	保険会社名		示談：1　まだしていない・交渉中 2　しました（　　年　月　日成立） 示談書の写しを添付してください。
		証明書番号	第　　号	
		保険金受領	無・有　　年　月　日	
	相手方の任意保険	・任意保険の有無　無・有 ・保険会社名　担当者（　　様） ・電話番号 ※交通事故以外で負傷した場合でも、相手方の任意保険があれば、記入してください。		

診療病院名	国保診療　令和　　年　　月　　日から

現場略図	事故の原因及び状況

※交通事故の場合は、事故証明書（原本もしくは保険会社等が原本証明したもの）を添付してください。

※鉛筆や消しゴムで消せるインクを使用したボールペン等では記入しないでください。**（裏面記入あり）**

岡山市長　　様

同　意　書

私が加害者（表面の「第三者」）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条第1項の規定により、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）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　　㊞

（署名又は記名押印）

（注）国民健康保険法第64条第3項及び第4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都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。

第三者行為による傷病届（自損事故も含む）

記入例

令和　7　年　4　月　9　日

岡山市長　　様

世帯主　住 所　岡山市北区鹿田町１－１－１

氏 名　岡山　太郎　㊞

（署名又は記名押印）

国民健康保険法施行規則第３２条の６の規定によりお届けします。

被保険者記号番号	被害者（被保険者）氏名	世帯主との続柄
岡１－　××××××××	岡山　花子	妻

生年月日	電話番号（日中連絡がとれるところ）
（昭和）・平成・令和　５３　年　６　月　１　日生	０８６　－　８０３　－　１０００

事故

発生日	令和　7　年　4　月　7　日　午前（午後）　2　時　45　分ごろ
場所	岡山市北区大供１－１－１先路上

第三者（事故の相手方）

相手方（運転者）	住所	岡山市東区西大寺南１丁目２－４　連絡先　電話　０８６－９４４－５０００
	氏名	西大寺　一郎　（　　歳）
使用主（車保有者）	所在地	車の保有者が運転者以外である場合には、記入願います。
	名称	代表者職氏名

自損事故や転倒等で相手方がいないときは、第三者（事故の相手方）は空欄となります。

相手方の自賠責保険

		示談
保険会社名	○○○○損害保険株式会社	1　まだしていない　・（交渉中）
証明書番号	第　１２３４５６７　号	2　しました（　年　月　日成立）
保険金受領	（無）・有　年　月　日	示談書の写しを添付してください。

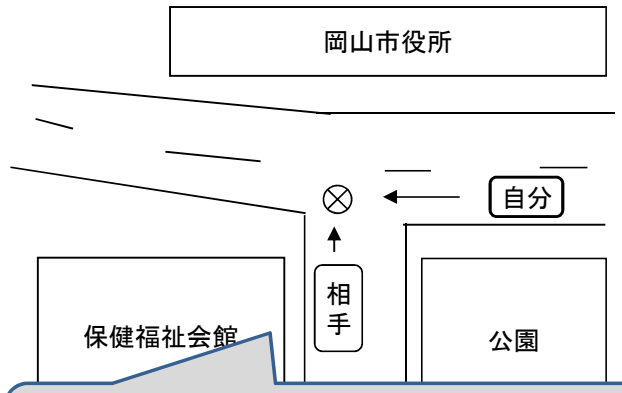
相手方の任意保険

- 任意保険の有無　無　・（有）
- 保険会社名　××××損害保険株式会社　担当者（　△△△　様）
- 電話番号　０８６　－　８０３　－　１１３３

※交通事故以外で負傷した場合でも、相手方の任意保険があれば、記入してください。

診療病院名　○○○○病院　　国保診療　令和　7　年　4　月　7　日から

現場略図



交通事故以外の場合は、現場略図を省略していただいて構いません。
（自転車での事故は交通事故扱いとなります）

事故の原因及び状況

自車が丁字路を直進中、左方から
来た相手車と衝突した。

「事故の原因及び状況」は必ずご記入ください。
＜交通事故以外の記入例＞
・○○さんの飼い犬にかまれた。
・自宅の階段で足を滑らせて落ちた。
・○○屋（飲食店）で食中毒になった。
・工事現場の落下物で負傷した。　など

事故証明書の内容を転記してください。

※鉛筆や消しゴムで消せるインクを使用したボールペン等では記入しないでください。**（裏面記入あり）**

岡山市長　　様

同　意　書

私が加害者（表面の「第三者」）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条第1項の規定により、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）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　7 年　4 月　9 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住　所　岡山市北区鹿田町１－１－１

氏　名　岡山　花子　㊞

（署名又は記名押印）

署名又は記名押印してください。

（注）国民健康保険法第64条第3項及び第4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都道府県及び国民健康保険団体連合会を含みます。