

記入例

第三者行為による傷病届 (福祉医療用)

令和1年10月1日

(宛名) 大津市長

届出者 住所 **大津市御陵町3-1-201**

氏名 **大津 一郎**

電話 **077-528-2653**

(被害者との関係; **父**)

下記のとおり、お届けします。

事故発生日時	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 令和1年 9月 25日 6時 30分頃	事故発生場所	おおつ保育園前の××交差点		
事故の状況	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> けんか・暴行 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 事故の状況について詳しくご記入下さい; <b>妻・花子が子・太郎をおおつ保育園に迎えに行った帰り、青信号で上記交差点を横断していたところ、右側から直進してきた加害者の車両と接触し、子・太郎が右足大腿骨を骨折したものの。</b>				
被害者に関する事項	氏名	おおつ たろう <b>大津 太郎</b> (福祉番号; 40255010 受給者番号; 9990990 )		生年月日	(明・大・昭・ <b>平</b> ・令) 20年 1月 10日生
	住所	<b>大津市御陵町3-1 びわこハイツ 201号室</b> (電話 077 - 528 - 2653 )		勤務先(職業)	—
	加入健康保険	加入健康保険名称	<b>びわこ運輸健康保険組合</b> 保険証の記号番号 記号; 1110 番号; 67890		資格取得日
加害者に関する事項	氏名	しが きょうこ <b>滋賀 京子</b>		生年月日	(明・大・昭・平) 50年 5月 15日生
	住所	<b>大津市京町1-1-1</b> (電話 077 - 523 - 1234 )		勤務先(職業)	レーク販売株式会社
	※加害者が不明な場合その理由		加害者に関する事項、加害者の自動車保険加入状況については、わかる範囲でご記入下さい。		
加害者の自動車保険加入状況	自賠責・任意	保険会社名(支店・代理店名)	××××損保		大津市 証書番号 ×××-××××
		所在地・連絡先	大阪市××区×××1丁目×番×号 (電話 06 - ××× - ×××× )		担当者名
	自賠責・任意	保険会社名(支店・代理店名)	×××火災海上保険 (大津第一支店)		契約者名 証書番号 滋賀 京子 ××××-×
		所在地・連絡先	大津市××町×番×号 ××ビル (電話 077 - ××× - ×××× )		担当者名
示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中 ( 10月 1日現在 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※示談が成立している場合は示談書の写しを提出して下さい。				
受診した医療機関 (事故による傷病の治療で受診した医療機関をすべてご記入下さい) <b>×××総合病院 (R1.9.25~現在も入院加療中)</b>					
いつから受診したか、や現在も治療を継続しているか、転院した場合は転院した時期、なども併せてご記入頂くとありがたいです。					

## 委任状

受任者 大津市長

上記の者に対して次の事項を委任します。

私が令和 1 年 6 月 1 日、相手方(加害者) 滋賀 京子 から受けた事故による損害のうち、大津市医療費助成条例、大津市老人福祉医療費助成条例、大津市重度心身障害老人等福祉助成費支給要綱の規定にもとづき、私について支給された医療費に係る損害賠償額の請求及び受領に関すること。

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

令和 1 年 10 月 1 日

委任者(福祉医療受給者)

住所 大津市御陵町 3-1-201氏名 大津 太郎 父・大津 一郎

大津

## 念書（兼同意書）

事故発生 年月日	令和1年9月25日	事故発生場所	おおつ保育園前××交差点
福祉医療受給者 氏名(被害者)	大津 太郎	相手方氏名 (加害者)	滋賀 京子

- 1 上記事故について、大津市医療費助成条例、大津市老人福祉医療費助成条例、大津市重度心身障害老人等福祉助成費支給要綱に基づく医療助成を受けた場合は、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を、別紙、委任状により、大津市が助成した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（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 2 上記事故について、求償事務に必要な範囲で大津市が行う以下の事項に同意します。
- 治療の状況および事故外の診療の有無等について、医療機関等から情報の提供を受けること。
  - 治療に要した医療費、治療の内容等について、加入健康保険の保険者から診療報酬明細書（写）や情報の提供を受けること。
  - 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
  - この念書（兼同意書）をもって上記（3）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
  - 上記（1）～（4）の事項に最低限必要な範囲で、私の個人情報について医療機関等に提供すること。
- 3 上記事故に関して、私が福祉医療助成による助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- 治療が完了したときは、大津市に申し出ること。
  - 相手方と示談を行おうとする場合は、示談の前に大津市にその内容を申し出ること。
  - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
  - 相手方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、かつ遅滞なく大津市に届け出ること。

令和1年10月1日

福祉医療受給者(被害者)

住所 大津市御陵町3-1-201

氏名 大津 太郎 父・大津 一郎

大津市長様

## 誓約書

※この書類は相手方に記入してもらってください。

大津市長様

令和 1 年 6 月 1 日に、福祉医療受給者(被害者) 大津 太郎 様に負わせた傷病

にかかる医療費に対し、貴市が大津市医療費助成条例、大津市老人福祉医療費助成条例、大津市重度心身障害老人等福祉助成費支給要綱に基づいて助成された額について、その助成額の限度において被害者からの委任を受け、貴市から損害賠償請求があった場合は、私の過失割合の範囲において、誠意をもってすみやかに賠償金を納付することを誓約いたします。

令和 1 年 10 月 1 日

相手方(加害者)本人の署名・押印が基本。  
代理人が存在する場合は、相手方(加害者)本人の署名を行い、「代理人」と記載した上で署名・押印。  
※「代理人」のみ署名・押印された場合は、代理人=加害者となりますのでご注意ください。

相手方(加害者)

住所 大津市京町 1-1-1

氏名 滋賀 京子

滋賀

生年月日：明・大・昭・平 50年 5月 15日

交通事故証明書入手不能理由書

交通事故証明書入手不能理由書

発生日時		平成28年8月2日 午後3時30分頃	
発生場所		▲▲市★★30-5	
加害者 (甲)	住所	▲▲市★★27-1	
	氏名	加害 花子	生年月日 昭和29年7月3日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 ▲▲55は5555
	自賠償保険契約先	〇〇海上火災	自賠償証明書番号 第 AA-2222 号
	事故時の状態	運転	
被害者 (乙)	住所	▲▲市▲▲▲11-1	
	氏名	国保 一郎	生年月日 昭和46年1月1日
	車種	自家用 普通乗用自動車	車両番号 ■■77ま7777
	自賠償保険契約先	◇◇損害保険	自賠償証明書番号 第 ZE25-1111 号
	事故時の状態	運転	
甲・乙 以外の 当事者	住所		
	氏名		車両番号
	自賠償保険契約先		自賠償証明書番号
交通事故証明書を 入手できない理由	事故当時異常なく、後日痛みだし、病院にて治療を受け、▲▲▲署に届け出たが事故日から2週間も経過していたので、交通事故証明書を発行してもらえませんでした。		

上記理由により交通事故証明書は取得できませんが事故の事実には相違ありません。

平成 28年 10月 15日

(甲) 住所 ▲▲市★★27-1 (加害) 印 電話(XX) 112 - 1112  
 氏名 加害 花子

上記事故を目撃しました。

平成 年 月 日

目撃者 住所 氏名 印 電話( ) -

人身事故証明書入手不能理由書  
(表面)

人身事故証明書入手不能理由書

〇〇海上火災 保険会社 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 checked="" type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】 事故当時異常なく、後日痛み出し、病院にて治療を受け、▲▲▲署に届け出たが事故日から2週間も経過していたので、「人身事故」として受け付けてもらえませんでした。
◆ 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 平成28年 8月 18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、人身事故の事実と相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒000-0000 記入日 平成28年 10月 15日
<input type="radio"/> 目撃者	▲▲市★★27-1
<input type="radio"/> その他( )	氏名 加害 花子 (加害印)
※ 該当する項目に○印をしてください	電話 ×× ( 333 )3333

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(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、人身事故の事実と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
年 月 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
年 月 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
年 月 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 : 平成 年 月 日】

(裏面)

○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	平成28年8月2日 午前 3時30分頃 天候 雨 午後				
発生場所	▲▲市★30-5				
当事者	甲	住所	〒000-0000 電話 XX ( 333 ) 3333 ▲▲市★27-1		
		氏名	加害 花子	生年月日	明・大 20年7月3日(62)才 昭・平
		自賠責保険契約先	〇〇海上火災 保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 AA-2222 号
		登録番号	▲▲55は5555	事故時の状況	運転 同乗(甲・乙)・歩行・その他
	乙	住所	〒000-0000 電話 XX ( 112 ) 1112 ▲▲市▲▲▲11-1		
		氏名	国保 一郎	生年月日	明・大 37年1月1日(44)才 昭・平
		自賠責保険契約先	◇◇損害保険 保険株式会社	自賠責保険証明書番号	第 ZE25-1111 号
		登録番号	■ ■ 77ま7777	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	明・大 年 月 日( )才 昭・平	
		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	明・大 年 月 日( )才 昭・平		
	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	明・大 年 月 日( )才 昭・平		
	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。