


事 故 発 生 状 況 報 告 書

甲 (加害運転者)	(電話)	乙 (被害者)	(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	している	ある	直線・カーブ
		していない	ない	
	平坦・坂	見通し	良い 悪い	積雪路・凍結路
標 識	駐停車禁止	されている されていない	その他	
速 度	甲車	km/h (制限速度	km/h)	乙車
		km/h (制限速度	km/h)	
事故現場に於ける自動車と被害者の 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)			
				甲 車  乙 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ 
上記図の説明を 書いてください。				

甲者以外の車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の番号		運 転 者	氏名 電話
保 有 者	〒 住所		氏名 電話

別紙事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()



第三者行為基本調査書（交通事故）

保険者名

事故発生年月日		平成 年 月 日 午前・午後 時 分 頃						
事故発生場所								
被害者		住所	〒					
		フリカ ^ナ						
		氏名	男 女 才					
		職業				TEL		
第三者（加害者）に関する事項	保有者（加害者）	住所	〒					
		氏名			契約者との関係		TEL	
	運転者（加害者）	住所	〒					
		氏名	男 女 才					
		保有者との関係				TEL		
	自賠責保険関係	有・無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農業協同組合				支店
			証明書番号	第 号				
		保険契約者	住所					
			氏名				TEL	
		加害自動車	種別				県別	
登録番号又は車両番号						車体番号		
保険期間		自 平成 年 月 日 ～至 平成 年 月 日						
未請求	月頃請求する予定		請求済 仮渡 内払	円 円	本請求済	平成 年 月 日頃		
任意保険対人	有・無	保険会社名 農協組合名	保険会社 農業協同組合				支店	
		証券番号	第 号		担当者名			
	保険契約者	住所						
		氏名				TEL		
保険期間	自 平成 年 月 日 ～至 平成 年 月 日							
保険医療機関等				保険証の使用開始日	平成 年 月 日			
示談内容	成立 年 月 日、未成立、交渉中（ 年 月 現在）							
摘要欄	高額療養費の支給			有・無				
	高額介護サービスの支給			有・無				

念 書

私が下記交通事故で被った保険事故について、国民健康保険法による保険給付を受けた時は、国民健康保険法第64条第1項の規定により、保険給付額の限度において、貴殿が加害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、次の事項に同意し、遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 本件保険事故に関して保険給付をしたことを証明するもの（診療報酬明細書等）の写しを宮城県国民健康保険団体連合会が保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ）に提供すること。
- 2 本件保険事故により受診した保険医療機関等及び保険会社等から宮城県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況及び診断書等の情報の提供を受けること。
- 3 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴殿にその内容を申し出、承諾を得ること。
- 4 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 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）をまれなく、かつ遅滞なく貴殿に届け出ること。
- 6 この念書をもって上記2の事項に対応する保険医療機関等及び保険会社等への同意を含むこと。
- 7 この念書を保険医療機関等及び保険会社等へ提示すること。

	平成 年 月 日
住所	
氏名	印

角田市長 殿

記

事故発生年月日	平成 年 月 日		
事故発生場所			
加 害 者 （ 運 転 者 ）	住所		
	氏名		
被 害 者 （ 被 保 険 者 ）	住所	※	
	氏名	※	誓約者との関係 ※

(注) ※印欄は誓約者と被害者（被保険者）が異なる場合のみ記入してください。

人身事故証明書入手不能理由書

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。)

<p>理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。</p> <p>※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 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。</p>			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	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。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 _____ 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>電 話 _____ ()</p>

(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) 該当する口のすべてに✓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
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 】

○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		年 月 日	午前 午後	時 分	頃 天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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	明・大 昭・平	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。