

# 提出書類一覧

◎必須 ○提出が不可能な場合は不要 △備考欄に該当する場合は提出

書類	交通事故	交通事故以外	備考
第三者行為による被害届	◎	◎	
第三者行為基本調査書	◎	◎	
念書	◎	◎	
交通事故証明書	○		※1
事故発生状況報告書	◎	◎	
示談書の写し	△	△	示談成立の場合は提出
人身事故証明書入手不能理由書	△		※2に該当の場合は提出
誓約書	○	○	
車検証・自賠責保険・任意保険の証書等の写し	○	○	

## ※1 交通事故証明書について

発行機関は、自動車安全運転センター宮城県事務所（県運転免許センター4階）です。

〒981-3117 仙台市泉区市名坂字高倉65 TEL022-373-7171

自動車安全運転センターの窓口申し込むか、郵便振替等の方法でも申し込めます。

申込用紙は、自動車安全運転センターの他、警察署等にもあります。（発行手数料540円）

## ※2 人身事故証明書入手不能理由書について

- ・警察署に届出をしていないので証明書が発行されない
- ・「物件事故」で証明書が発行されている
- ・証明書に被保険者の氏名の記載がない

以上に該当する場合は、人身事故証明書入手不能理由書の提出が必要になります。

第三者行為被害届は、お住まいの市区町村または宮城県後期高齢者医療広域連合までご提出ください。

第三者行為(交通事故・暴行など)による被害届

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、第53条及び第71条の規定により別紙のとおり届け出ます。

年 月 日

〒

住所

フリガナ

氏名

印

被害を受けた人との関係









第三者行為基本調査書（交通事故）

委任者名

宮城県後期高齢者医療広域連合

事故発生年月日		年 月 日		午前・午後		時 分 頃		
事故発生場所								
被害者	被保険者番号							
	住所	〒						
	フリガナ			性別	男・女			
	氏名			年齢	才			
	職業			電話				
車の保有者 (相手方)	住所	〒						
	フリガナ			性別	男・女			
	氏名							
	契約者との関係			電話				
車の運転者 (相手方)	住所	〒						
	フリガナ			性別	男・女			
	氏名			年齢	才			
自賠責 保険関係	有・無	保険会社名			支店名			
		証明書番号	第	号				
	保険契約者	住所						
		氏名			電話			
	加害自動車	種別			県別			
		登録番号又は車両番号			車台番号			
契約期間		年 月 日 から		年 月 日 まで				
任意 保険関係	有・無	保険会社名			支店名			
		証券番号	第	号		担当者名		
	保険契約者	住所						
		氏名			電話			
		契約期間	年 月 日 から		年 月 日 まで			

# 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 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)
事故現場に於ける状況を自動車で示してください。	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 
上記図を説明してください。					

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。

年 月 日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( )

(印)

## 念 書

私が下記交通事故で被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けた時は、高齢者の医療の確保に関する法律第58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）をもれなく、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。

	年 月 日
住所	
氏名	印

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

事故発生年月日	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。

## 誓 約 書

貴殿の 宮城県後期高齢者医療広域連合 の下記被保険者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）に基づくものですから、次の事項を順守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 貴殿が支払った保険給付費の給付額確定時に、その請求に従って遅滞なく支払いします。
- 2 示談は、前もって貴殿の書面承諾を得てから行います。
- 3 貴殿の承諾を得ないで行った示談が、誓約事項に違背することがあっても、誓約書の無効は主張いたしません。この示談による一切の責任は私にありますから、貴殿の指示に忠実に従い義務を履行いたします。
- 4 上記1の支払いに充てるため \_\_\_\_\_ 保険会社（農協共済等）に対して有する自動車損害賠償責任保険から受ける保険金のうち、保険給付額を限度として貴殿の優先受領権を認めます。

年 月 日

誓 約 者	住所	
	氏名	(印)
連 帯 保 証 人	住所	
	氏名	(印)

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

保 有 者	住所			
	氏名		証明書番号	
相 手 者 ( 運 転 者 )	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 ( 被 保 険 者 )	住所			
	氏名			

(注) ※印欄は誓約者と相手者（運転者）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 style="text-align: center;">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; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <p>【理由】</p> <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; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <p>【理由】</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。

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。

<b>◆ 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。</b>					
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 ( ) ※ 該当する項目に○印をしてください	住所 〒 _____	記入日	年	月	日
	氏名 _____	(印)			
	電話 ( _____ )				

(注) 当欄は、賠償を求める側、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
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: \_\_\_\_\_ 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	時	分頃	天候		
					午後					
発生場所										
当事者	甲	住所	電話 ( )							
		氏名	生年月日	明	・大	年	月	日 ( )	才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年	月	日 ( )	才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	年	月	日 ( )	才	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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	
		自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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		
	自賠償保険契約先	自賠償保険証明書番号	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。