

提出書類の

記載方法

静岡県後期高齢者医療広域連合

届出に必要な書類

(必須)

No.1 交通事故証明書

No.2 交通事故による傷病届

No.3 事故発生状況報告書

No.4 念書

(取付けが可能な場合)

No.5 誓約書

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則

第四十六条（第三者の行為による被害の届出）

療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅延なく、次に掲げる事項を記載した届書を、後期高齢者医療広域連合に提出しなければならない。

- 一 届出に係る事実
- 二 第三者の氏名及び住所又は居所
- 三 被害の状況

交通事故証明書の取り付け方法

- 原本ではなく、コピーでの提出も可。
- **損保会社の担当者にご確認ください。**
【損保会社に取り付けしていれば、そのコピーを依頼してください。】
- 「交通事故証明書」は、自動車安全運転センターにて、1通手数料540円で発行されます。
(静岡県事務所：静岡市葵区与一6丁目16-1 静岡県警察中部運転免許センター内 自動車安全運転センター Tel.054-252-3191)
自動車安全運転センターに出向けない場合は、警察署、交番、保険会社等に申請書が備えてありますので、振込手数料を添えて郵便局から申請し郵送してもらう方法もあります。詳しくは、自動車安全運転センターにお問い合わせください。

交通事故証明書

甲・乙・との続柄 本人・代理人

事故照会番号	[番号]		甲・乙・との続柄	本人・代理人
発生日時	平成 [年] 年 [月] 月 [日] 日 午後 [時] 時 [分] 分			
発生場所	[場所] 152番地の5			
住所	[住所] 418番地の3			
氏名	[氏名]	生年月日	[生年月日]	甲・乙以外の当事者有(別紙のとおり)
車種	自家用	車両	[車種]	2枚
自賠責保険関係	有り 関東自動車共済協同組合	証明書番号	[番号]	
状態	運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他			
住所	[住所] 57番地の6			
氏名	[氏名]	生年月日	[生年月日]	
車種	自家用	車両	[車種]	
自賠責保険関係	有り 東京海上日動火災	証明書番号	[番号]	
状態	運転・同乗(運転者氏名)・歩行・その他			
事故類型	<input type="radio"/> 人対車両 <input type="radio"/> 正面衝突 <input type="radio"/> 側面衝突 <input type="radio"/> 出合い衝突 <input type="radio"/> 接点 <input type="radio"/> 追突			
上記の事項を確認したことを証明します。なお、この証明は損害の種別とその程度、事故のみにするものではありません。 平成 [年] 年 [月] 月 [日] 日 自動車安全運転センター 静岡県事務所長 [印]				
証明番号	[番号]	1/2	照会記録簿の種別	人身事故

交通事故による傷病届等記載のポイント

Ⓐ 事故発生日時
事故発生場所

Ⓑ 【相手方の自賠責】
契約保険会社名
保険証明書番号

※注意※
甲・乙のうち氏名等から相手方車両のものを御確認ください。

※注意※
枚数をご確認ください。多重事故の場合は複数枚ありますので、すべてご送付ください。

交通事故による傷病届

被 保 険 者 に 関 す る 事 項	あなた 被保険者 氏 名	国保健子		保険種別	国保・退職・後期高齢者・介護		
	住 所	静岡県 ○○市中央町 11-123			123456		
	人身傷害保険(補償) 加入の有無	(有)・無	保険会社名	△△損保	担当者	損保一男	
			支店名	○○SC	電 話	054-222-0000	
	医療機関名	◎◎病院		▲▲整形外科		■ ■ 介護事業所	
	介護事業所名	◎◎病院		▲▲整形外科		■ ■ 介護事業所	
	保険診療 介護サービス 開始日	平成●●年●●月●●日 (入院 通院)		平成●●年●●月●●日 (入院 通院)		平成●●年●●月●●日 (入院 通院)	
治療費等支払者	被保険者・相手方・損保会社・使用者		被保険者・相手方・損保会社・使用者		被保険者・相手方・損保会社・使用者		
事 故 状 況	事故発生日時	平成●●年●●月●●日		午前・午後 ●●時 ●●分頃			
	事故発生場所	○○市中央町 67-890					
相 手 方 に 関 す る 事 項	住所	○○市本町 24-56		氏 名	加害一郎		
	電話	054-333-0000		電 話	054-333-0000		
	所	○○市○○町 567-89		電話	054-555-0000		
	表者名	株式会社◆◆◆ 代表取締役 静岡花郎					
	自賠責保険(共済)	任意保険(共済)					
	○○市本町 34-56	同左					
	加害一郎	同左					
◇◇海上火災	□□共済						
平成●●年●●月●●日から 平成●●年●●月●●日まで	平成●●年●●月●●日から 平成●●年●●月●●日まで						
R G-1234999	221234567						
任意保険(共済)関係	支店名	○○支店	担当者	損保太郎	電話	054-777-0000	

あなたの契約する保険
(人身傷害保険特約)
で対応する場合、記入
してください。

治療を受けた医療
機関名、診療開始
日等を記入してくだ
さい。

交通事故証明書でご確認ください。
【P1の④参照】

※相手方の自賠責保険会社名、
保険証明書(証券)番号は、交通
事故証明書でご確認ください。
【P1の④参照】
※任意保険欄は、相手方が任意
保険で対応している場合記入が
必要です。相手または損保担当
者にご確認ください。その際、損
保担当者名も必ず記入してくだ
さい。
※保険契約期間はわかる場合
のみ記入してください。(空欄で
も可)

上記のとおりお届けします。

届出人 (○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

平成●●年●●月●●日

署名、捺印を必ずお願いします。

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

氏名

国保健子

国保

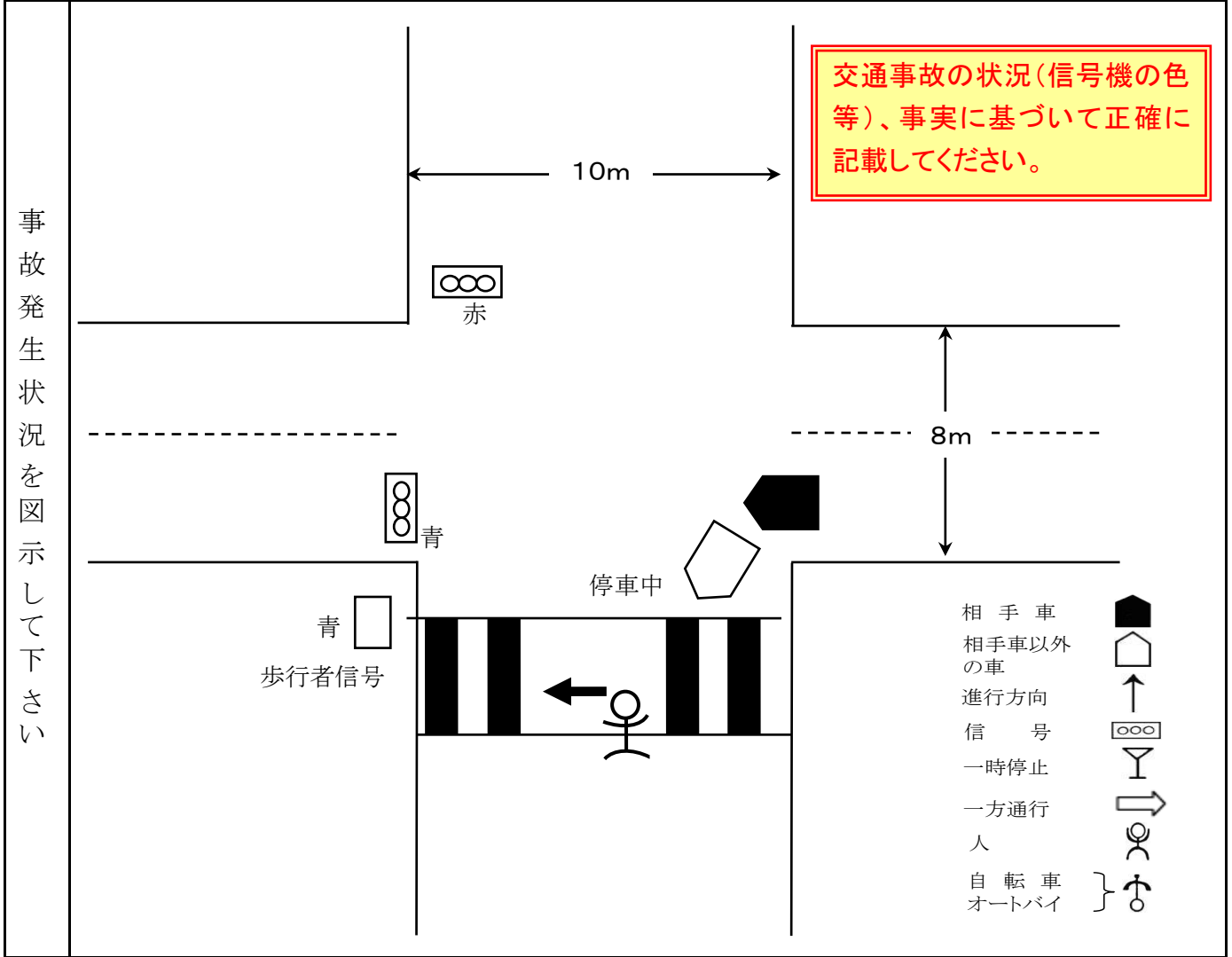
※お願い＝交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。

事故発生状況報告書

別紙交通事故相手方補足して下記のとおり報告いたし

あなた

甲(相手方)	氏名	加害一郎	乙(被保険者)	氏名	国保健子
<input checked="" type="radio"/> 運転・歩行・その他 <input type="radio"/> 同乗(相手車・相手車以外)					
速度	相手車 ●●km/h(制限速度 ●●km/h), 相手車以外の車 ●●km/h(制限速度 ●●km/h)				
道路状況	見通し	<input checked="" type="radio"/> 良い <input type="radio"/> 悪い	道路幅	相手車側(8 m), 相手車以外の車側(10 m)	
信号又は標識	信号	<input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	一時停止標識	<input checked="" type="radio"/> 有り <input type="radio"/> 無し	その他



上記図の説明を
書いて下さい。

交差点を青信号に従い左折し始めたところで、横断歩道を青信号で歩行中の人を発見し、停車したところへ、後続車の相手者(甲車)が、自転車(乙車)の右後部に衝突した。

署名、捺印を必ずお願いします。

平成●●年●●月●●日

報告者

甲との関係 ()

乙との関係 (本人)

氏名

国保健子

国保

個人情報保護関連の同意書も兼ねています。
内容をご確認ください。

念 書

事故日 平成 ●●年 ●●月 ●●日 **事故場所** ●●市中央町 67-890 において

相手方 **加害一郎** の不法行為により **あなた** **国保健子** の被った

国民健康保険法 による保険給付を受けた場合は、私が
保険事故について 介護保険法 による保険給付を受けた場合は、私が
高齢者の医療の確保に関する法律


第三者に対して有する損害 **交通事故証明書でご確認ください。**
【 P1 のA参照】

規定によって 保 険 者 が高齢者医療広域連合 が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金
を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 治療が完了したときは、必ず貴職に申し出ること。
- 2 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 3 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 第三者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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 5 本件保険事故に関し、損害額、事故態様、**あなたの住所、氏名を署名、捺印を必ずお願いします。** づく請求のために、貴職または貴職から求償
体連合会が取得、利用することに同意します。

平成 ●●年 ●●月 ●●日

住 所 ○○市中央町 11-123
氏 名 国保健子 

静岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

(注意)
相手方に記載していただく書類です。
相手もしくは損保担当者に記載の依頼をしてください。
※取り付け不能な場合、提出は不要です。

誓 約 書

平成 ●●年 ●●月 ●●日

静岡県後期高齢者医療広域連合長 殿

相手もしくは損保担当者

損害賠償
義務者

住所 ○○市本町 34-56

氏名 加害一郎 印

あなた

国民健康保険
貴介護保険
高齢者医療
の被保険者

国保健子

国民健康保険法
介護保険法
高齢者医療確保法
によって

受けた保険給付は、私の不法行為にもとづくものでありますので、貴保険者に
 医療給付 広域連合

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日	平成 ●●年 ●●月 ●●日		
事故場所	○○市中央町 67-890		
被保険者	住所	○○市中央町 11-123	
	氏名	国保健子	
支払方法	一括払	分割払	その他
備考			