

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に申し込むか、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600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。

記載例

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

〒 999-9999

住所 宮城県広域町二丁目2-2

フリガナ コウイキ タロウ

氏名 広域 太郎 印

被害を受けた人との関係 本人

届出人の住所・氏名を記入して押印してください。
(被保険者本人でなくてもかまいません。その場合は、被害を受けた人との関係を記入してください。)

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 <input checked="" type="radio"/> 午前 <input type="radio"/> 午後				8	時	30	分頃	
事故発生場所	宮城県広域町上杉1丁目2番3号								
被害者	被保険者番号	01112333							
	住所	〒999-9999 宮城県広域町二丁目2-2							
	フリガナ	コウイキ タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
	氏名	広域 太郎	年齢	76 才					
	職業	無職	電話	022-111-1111					
車の所有者	住所	〒999-9999 宮城県広域町二丁目1-1							
	フリガナ	カガイ ハナコ	性別	男 <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> 女					
	氏名	加害 花子	電話	022-111-2222					
	契約者との関係								
車の運転者	住所	〒999-9999 宮城県広域町一丁目1-1							
	フリガナ	カガイ イチロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女					
	氏名	加害 一郎	年齢	23 才					
	被害者との関係	親族	電話	022-111-2222					
自賠責保険関係	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社名	〇〇損害保険会社	支店名	〇〇支店				
		証明書番号	第 123-456 号						
	保険契約者	住所	広域町一丁目1-1						
		氏名	加害 花子	電話	022-111-2222				
	加害自動車	種別	普通乗用車	県別	宮城県				
		登録番号又は車両番号	宮城300あ1111	車台番号	ABC-123-456				
契約期間		○年○月○日 から ○年○月○日 まで							
任意保険関係	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社名	△△△損害保険会社	支店名	〇〇〇支店				
		証券番号	第 ABC-987654 号	担当者名	■■■				
	保険契約者	住所	広域町一丁目1-1						
		氏名	加害 花子	電話	022-111-2222				
		契約期間	○年○月○日 から ○年○月○日 まで						

被害者の情報を記入

加害者の情報を記入

任意保険に加入してしないときは、無に○をしてください。

任意保険担当者名を記入してください。

加害者氏名

事故発生状況報告書

被保険者氏名

甲 (加害運転者)	加害一郎 (電話) 000-000-1111	乙 (被害者)	広城太郎 (電話) 000-111-2345	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
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20 km/h (制限速度30 km/h)	乙車	km/h (制限速度	km/h)
事故現場に於ける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
上記図の説明をください。	青信号を進行していた甲車が、横断歩道を渡っていた乙と衝突した。 ※過失割合や事故の状況にかかわらず、この書類に記載するときの被害者は被保険者名となります。 ※事故の状況はできるだけ詳しい文章で記載してください。			

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	
保有者	〒住所

甲・乙の双方が内容を確認し、署名・捺印をしてください。
(難しい場合は、どちらか一方でかまいません)

別紙事故証明書に補足して上

〇年〇月〇日

報告者 甲との関係 (代理人) 〇〇保険仙台支店 保険一郎
乙との関係 (本人) 広城 太郎

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。

**原則被害者が記入してください。
記入できない場合はその理由を
余白にお書きください。**

	○年 ○月 ○日
住所	宮城県広域町二丁目2-2
氏名	広域 次郎 ㊞

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

**誓約者が被保険者ではない場合は、
下記被害者欄を記載します。**

事故発生日	○年 ○月 ○日		
事故発生場所	宮城県広域町上杉一丁目2番3号		
加害者 (運転者)	住所	宮城県広域町二丁目1-1	
	氏名	加害 一郎	
被害者 (被保険者)	住所	※宮城県広域町二丁目2-2	
	氏名	※広域 太郎	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。

加害者に記入してもらおう書類です。記入してもらえない場合は、「相手方から協力を得られなかった」と余白に記載してください。

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。

- 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ます。
- 示談は、前もって貴殿の書面承諾を得てから行います。
- 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。 **自賠責保険会社(共済)** 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。
- 上記1の支払いに充てるため 広域損害 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	宮城県広域町一丁目1-1	
	氏名	加害 一郎	印
連帯保証人	住所	宮城県広域町一丁目1-1	
	氏名	加害 花子	印

宮城県後期高齢者医療広域連合長 殿

記

保有者	住所	宮城県広域町一丁目1-1		
	氏名	加害 花子	証明書番号	1234567890
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	宮城県広域町二丁目2-2		
	氏名	広域 太郎		

(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。

**連帯保証人は、任意保険会社等でもかまいません。
連帯保証人の確保が難しい場合は、空欄にしてください。**

人身事故証明書入手不能理由書

- ・警察に届出をしていないため、交通事故証明書が発行されていない
 - ・交通事故証明書の右下の欄が「物件事故」となっている
 - ・交通事故証明書に被保険者の名前が記載されていない
- 上記の3つのうち、いずれかに該当する場合は、この書類を提出する必要があります。

※ 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。

- 交傷が軽微で、短期間で治療を終了した(もしくは終了予定のため)
- 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
- 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】

- その他(理由を具体的に記載してください。)

【理由】

該当するものに○をつけて、理由を記入してください。

◆ 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	広域 警察 担当官 <small>(判明している場合)</small>	届出年月日	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
------	---	-------	---

※この欄は加害者が記入します。

加害者に記入してもらえなかった場合は、被害者・目撃者が記入・押印し、余白には、「相手方から協力を得られなかった」と記載してください。

<input checked="" type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () <small>※ 該当する項目に○印をしてください</small>	住所 〒 999-9999	記入日	<input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日
	宮城県広域町二丁目1-1		
	氏名	加害 一郎	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)

- 人身事故としての警察
- 請求関係書類の確認相違ないことを確認しました。

記入不要

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		<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> <p>・交通事故証明書が発行されていない ・交通事故証明書に被保険者の氏名が記載されていない 上記のいずれかに該当する場合は記入をしてください。</p> </div>			
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明昭・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	明昭・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	明昭・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	明昭・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	明昭・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。