

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。

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（交通事故以外）

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					
加害者	住所	〒						
	フリガナ		性別	男・女				
	氏名		年齢	才				
	被害者との関係		電話					
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 (加害者)	(電話)	乙 (被害者)	(電話)	運転・同乗 歩行・その他	
屋外	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
	自転車の 場合	甲車	k m/h (制限速度	k m/h)	乙車	k m/h (制限速度
屋内	明暗	明るい・暗い				
	混雑状況	混雑・普通・閑散				
事故現場に於ける状況を加害者と被害者の間で示してください。	事故発生状況略図				甲 車  乙 車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車 オートバイ 	
上記図の説明をい。						

上記のとおりご報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

(印)

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。

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

相 手 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が異なる場合のみ記入してください。

念 書

私が下記事故(事件)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(事件)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)の写しを宮城県後期高齢者医療広域連合が保険会社等(相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する損害保険会社(共済)等をいう。以下同じ)及び宮城県国民健康保険団体連合会に提供すること。
- 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後期高齢者医療広域連合が事故(事件)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(事件)発生日	年 月 日		
事故(事件)発生場所			
加 害 者	住所		
	氏名		
被 害 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。