








事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 (加害運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗・歩行・その他 甲車 甲車以外の車
速 度	甲車	km/h(制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h(制限速度	km/h)
事故現場にお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					甲車  甲車以外の車  進路方向  信号  一時停止  人  自転車 }  オートバイ }
上記図の説明を書いてください。						

甲車以外の車について判明している場合にご記入ください。

自動車の番号		運転者氏名	(電話)
保有者	〒	住所	氏名 (電話)

令和 年 月 日

甲との関係 () 氏名 _____ 印

報告者

乙との関係 () 氏名 _____ 印

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。)

理由 ※ 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。	<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		
	<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		
	<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		
	<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。） 【理由】		
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】		
◆ 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。

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

(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: 令和 _____ 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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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	大・昭 平・令	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。

第三者行為による傷病届

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号		保険者名
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏 名 印		
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性 歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係		年 月 日
	住所 / 電話	〒		TEL ()
	備考			
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏 名		男性 / 女性 歳
	住所 / 電話	〒		TEL ()
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠償保険 (加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠償番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		自賠償番号
任意保険 (加害者)	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒		TEL ()
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名		E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏 名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名 TEL ()	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL ()
	所在地	〒		入院の有無 有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名		治療開始日 年 月 日 TEL ()
	所在地	〒		入院の有無 有 / 無

第5号様式の1

念 書

令和 年 月 日 において の
不法行為により の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場合は、私が加害者に対して有する損害
賠償請求権を国民健康保険法第64条第1項の規定によって保険者が給付
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
ありません。

なお、併せて、次の1から3までについては遵守することを誓約し、
4及び5については同意します。

- 1 加害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、承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害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、遅延なく貴職に届け出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを、熊本県国民健
康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から、熊本県国民健康保
険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること。

令和 年 月 日

住所

氏名

印

熊本県歯科医師国民健康保険組合

理事長 伊藤 明彦 殿

誓 約 書

貴熊本県歯科医師国民健康保険組合の被保険者 が
受けた保険給付は、私の行為によるものですので、次の事項を遵守する
ことを書面をもって誓約いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
- 2 事故の相手方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出、承諾を得ること。

なお、貴職の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

- 3 上記、1 の支払に充てるため、貴職が保険給付の価額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から優先的に支払いを受けることを承諾し、同優先部分については、誓約者の受領権を行使しないこと。

令和 年 月 日

誓約者

住所

氏名

印

熊本県歯科医師国民健康保険組合

理事長 伊藤 明彦 殿