交通事故等における国民健康保険の利用について

■交通事故や傷害事件など、他人（第三者）の行為により受けたケガなどにも、国民健康保険を利用することができます。

（保険診療では、自由診療に比べて、医療費が約半分ほどで済みます。）

■その際には、速やかに「第三者行為による傷病届」を提出していただくことになっています。

■その後は、被保険者（被害者）の自己負担分だけで、医療機関の治療を受けることができます。

（医療費総額との差額については、国民健康保険が一時的に立て替えます。）

■国民健康保険では、治療が完了した後に、本来は加害者が負担すべき治療費（過失相殺後）を、加害者（本人または自動車損害保険会社等）に請求することになります。

ご注意

○医療機関から国民健康保険の使用について確認を受けたときは、「第三者行為による傷病届」を提出済みであることを説明し、診療を受けるようにしてください。

○加害者から既に治療費を受け取っている場合には、国民健康保険を利用することはできません。

○加害者と示談を行おうとする場合には、事前にその内容について申し出てください。

【担　当】墨田区 区民部 国保年金課 こくほ給付係

 　　　　　　　　　　　　　　　〠130-8640　墨田区吾妻橋１－２３－２０

　　　　　　　　　　　　　☎　５６０８－６１２３～４

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Fax〓５６０８－６４０２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第三者行為による傷病届 |  |
| 関すること被害者に | 被保険者記号番号 | 記号　０７－ | 氏名 | 昭・平・令　　年　　月　　日生 |
| 番号　　　　（枝番） |
| 加害者に関すること | 氏　名 |  | 左の使用主 | 名　称 |  |
| 住　所（居所） | 電話　　(　　　　) | 所在地 | 電話　　(　　　　) |
| 職　業 |  | 代表者 |  |
| 加害者が不明のとき(その理由・状況を詳しく) |
| 事故の状況 | 発生年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　午前・午後　　　　時頃 |
| 発生場所 |  |
| 原因とその状況 | 別紙のとおり |
| 被害の状況 | 傷病名及び傷病の程度 |  | 初診年月日 | 令和　　　年　　月　　日 |
| 国保診療 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで |
| 診療見込期間 | 　　　　　　　　　　　日　　　　　　　　　　　月 | 間 |
| 診療を受けている病　院　名 | 電話番号　　　　　(　　　　　　) |
| 上記のとおり届け出ます。令和　　　年　　　月　　　日墨田区長　あて住所　墨田区世帯主　氏名電話番号　　　　（　　　　　　） |

事 故 発 生 状 況 報 告 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　　　　号 | 第　　　　　　　　　号 | 当 事 者 | 甲(加害運転者) | 氏　名(電話) |
| 自動車の番号 |  | 乙(被　害　者) | 氏　名(電話) | 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 |
|  | してある　　　　　　　　あ　る舗装　　　　　　歩道(両・片)　　　　 直線・カーブ。してない 。　　　　　　 な　い 。 良　い平坦　・　坂。　見通し　　　　　　積雪路・凍結路。 悪　い 。 |
| 信号又は標識 | あ　る　　　　　　　 されている信号　　　　　　駐停車禁止　　　　　　　　その他の標識(　　　　　　　　　)。な　い 。　　　　　　されていない 。 |
| 速　　　　度 | 甲車両　　km/h(制限速度　　km/h)。　乙車両　　km/h(制限速度　　km/h) |
| 事故現場に於ける自動車と被害者の状況を図示して下さい。 | 事故発生状況略図(道路幅をｍで記入して下さい。)自　　　車相　手　車信　　　号人　　　間自　転　車オートバイ |
| 場　合請求の加害者上記図の説明を書いて下さい。 |  |
|  |
|  |
|  |
|  | 　　　　示談は　　　　すんでいない |
|  | この強制保険のほかに 入っている 入っていない | 入っているならば火災海上その保険会社は　　　　　　保険 | その証券*№* |

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

　　令和　　年　　月　　日

　　　甲との関係(　　　)

報告者

　　　乙との関係(　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（署名又は記名・押印）

事 故 発 生 状 況 報 告 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番　　　　号 | 第　○○○-○○○○　号 | 当 事 者 | 甲(加害運転者) | 氏　名　甲山　太郎(電話)　 ○○○-○○○○ |
| 自動車の番号 | 足立　○○○○ | 乙(被　害　者) | 氏　名　乙川　次郎(電話)　 ○○○-○○○○ | 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 |
|  | してある　　　　　　　　あ　る舗装　　　　　　歩道(両・片)　　　　 直線・カーブ。してない 。　　　　　　 な　い 。 良　い平坦　・　坂。　見通し　　　　　　積雪路・凍結路。 悪　い 。 |
| 信号又は標識 | あ　る　　　　　　　 されている信号　　　　　　駐停車禁止　　　　　　　　その他の標識(　　　　　　　　　)。な　い 。　　　　　　されていない 。 |
| 速　　　　度 | 甲車両　５０km/h(制限速度　４０km/h)。　乙車両　４０km/h(制限速度　３０km/h) |
| 事故現場に於ける自動車と被害者の状況を図示して下さい。 | 事故発生状況略図(道路幅をｍで記入して下さい。)自　　　車相　手　車信　　　号人　　　間自　転　車オートバイ |
| 場　合請求の加害者上記図の説明を書いて下さい。 | 甲が○○方向より○○方面へ走行中、墨田区○○１－１－１先交差点において |
| 乙が○○方面より信号を無視して交差点へ侵入したため、衝突したものです。 |
|  |
|  |
|  | 　　　　示談は　　　　すんでいない |
|  | この強制保険のほかに 入っている 入っていない | 入っているならば火災海上その保険会社は　〇〇　　　保険 | その証券*№　　　○○○○* |

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

　　令和　○○年　○○月　○○日

　　　甲との関係(　使用者　)丙野　三郎　　印

報告者

　　　　　　　　　　　　　　　　　乙との関係(　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（署名又は記名・押印）

加害自動車の損害保険関係報告書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自動車損害賠償責任保険 | 保険会社名 |  |
| 証明書番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号　　　 |
| 保険契約者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 保　有　者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 運　転　者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 保有者との関係 |  |
| 加害自動車 | 種　　別 |  |
| 登録番号 |  |
| 車台番号 |  |
| 保険期間 | 　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 保 険 会 社 | 所在地 | 〒 |
| 所属 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 任意自動車保険 | 保険会社名 |  |
| 証明書番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　　　　号　　　 |
| 保険契約者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 保険金額 |  |
| 保険会社 | 所在地 | 〒 |
| 所　　属 |  |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |

誓　約　書

墨田区の国民健康保険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、傷害事件）に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約します。

１　保険給付確定時に、損害賠償金（国民健康保険給付分）を貴職に支払いをすること

２　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

令和　　　年　　　月　　　日

被害者（被保険者）

　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（署名又は記名・押印）

加害者・損害保険会社（誓約者）

　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

墨田区長　あて

念　　書

（事故年月日）　　　　　　　（事故発生場所）

　　　　　年　　月　　日、　　　　　　　　　　　　　　　　に

（加害者名）　　　　　　　　　　　　　　（被害者名）

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項の規定により、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のないことをここに書面をもって確約します。

また、併せて、次の事項を遵守することを誓約します。

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ること

２　加害者に白紙委任状を渡さないこと

３　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）を漏れなく、かつ、速やかに貴職に届け出ること

令和　　　年　　　月　　　日

住所

　　　　　　　　世帯主

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（署名又は記名・押印）

墨田区長　あて

同　意　書

私は、国民健康保険法第６４条第１項の規定によって墨田区が取得した保険給付額を限度とする、加害者（保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等についても同意いたします。

令和　　　　年　　　月　　　日

住所

　　　被害者（被保険者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（署名又は記名・押印）

住所

　　　　　　　　世帯主

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（署名又は記名・押印）

墨田区長　あて