

記入例

第三者行為による被害届(介護保険)

被害者の方の住所・氏名を記入して下さい

長久手市長 殿

(届出者) 住所氏名 長久手市岩作城の内60番地1 長久手 太郎



次のとおりお届けします。

事故発生日	午 <input checked="" type="radio"/> (前) <input type="radio"/> (後) XX年XX月XX日 XX時XX分	事故発生場所	長久手市岩作城の内XX番地			
事故原因と状況	信号のない交差点において、出会い頭に衝突した。					
被害者名 (被保険者名)	被保険者証番号	XXXXXXXX	職業	無職		
	住所	(〒XXXX-XXXX) 長久手市岩作城の内60番地1				
	フリガナ	ナガクテ タロウ	電話	XXXX (XX) XXXX		
	氏名	長久手 太郎				
	生年月日	(明・大・昭) XX年XX月XX日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女		
第三者に 関する 事項	運転者	氏名	加害者 花子	生年月日	(明・大・昭・平) XX年XX月XX日	
		住所	(〒XXXX-XXXX) 長久手市岩作城の内〇〇番地			
		職業	会社員	電話	XXXX (XX) XXXX	
	保有者	氏名	同上	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日	
		住所	(〒 -)			
		職業	()			
		運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()			
自賠責保険・任意保険は、相手方の保険会社について記入して下さい	同上	生年月日	(明・大・昭・平) 年 月 日			
契約者	住所	()				
	職業	()				
	運転者との関係	本人・親族(続柄)・事業主・その他()				
自賠責保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社	三角損害保険	証明書番号	XXXXXXXXXX	
任意保険(対人)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社	日の出損害保険	支店名	課名	担当者名
		証券番号	XXXXXXXXXX	〇〇サービスセンター		損保 一夫
				電話番号	XXXX (XX) XXXX	
要介護区分	要支援1・2 要介護1・2 <input checked="" type="radio"/> 3・4・5	事故日前の要介護度	任意保険の契約がない場合は「無」に○をつけて下さい			
	<input checked="" type="radio"/> 非該当・要支援1・2 要		介護サービス利用状況	医療保険求償等利用状況の有無	保険給付開始日	XX年XX月XX日
事業所名	特別養護老人ホーム 〇〇	利用開始(受領)日	XX年XX月XX日	保険の種類	国民健康保険	有・無
		年 月 日			後期高齢者医療	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
		年 月 日			条例等による福祉医療	有・無
住宅改修	()	年 月 日		社会保険	有・無	
福祉用具の購入	()	年 月 日		診療開始日	XX年XX月XX日	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

- 委任状
- 事故発生状況報告書
- 事故証明書
- 念書等

記入例

念書（兼同意書）

事故発生年月日	XX年XX月XX日	事故発生場所	長久手市岩作城の内XX番地
被保険者氏名	長久手 太郎	相手方(第三者) 氏名	加害者 花子

1 上記事件は、**被害者の方**が相手方（保険会社等を含む。以下**加害者**）で有する損害賠償請求権を、介護保険法第21条第1項の規定によって長久手市が給付の価額の限度において取得・行使し、かつ損害賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）に意義はありません。

2 上記事故に関して、長久手市及び同市との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。

- （1） 交通事故証明書・事故発生状況報告書・介護給付費明細書（写）・念書（兼同意書）・要介護認定に係る資料（認定調査票（写）・主治医意見書（写）・審査判定経過・結果（写）・住宅改修理由書（写）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
- （2） 保険会社等との示談日、保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
- （3） 事故による介護保険サービス利用の有無及びその終了日、事故外の介護保険サービス利用の有無等について、指定居宅介護サービス事業者等へ照会し、回答を得ること。
- （4） この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。

3 上記事故に関して、私が介護保険法による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。

- （1） 事故による介護保険サービスの利用が完了したときは、必ず長久手市に申し出ること。
- （2） 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって長久手市にその内容を申し出ること。
- （3） 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- （4） 相手方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、かつ遅滞なく長久手市に届け出ること。

XX年XX月XX日

被害者の方の住所・氏名を記入して下さい

住所 長久手市岩作城の内60番地

氏名 長久手 太郎

法定代理人











長久手市長 様

（注）被保険者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、法定代理人の人が署名してください。

記入例

事故発生状況報告書

当事者	甲 (加害運転者)	氏名	加害者 花子		
	乙 (被保険者)	氏名	長久手 太郎		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	昼間・夜間 明け方・夕方
道路状況	舗装	歩道(両・片)	直線・カーブ	平坦 坂	
	見通し				
信号又は標識	信号	駐・停車禁止	一時停止	その他標識	
速度	甲車両 40 km/h (制限速度 40 km/h), 乙車両 10 km/h (制限速度 40 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)				N 4
	<p>事故発生の状況の図をお書き下さい</p>				自動車  相手車  進行方向  信号  一時停止  人間  自転車  オートバイ 
上記図の説明を書いて下さい。	<p>図面の説明 (事故状況) を簡潔に記入して下さい</p>				
	<p>被害者の方の氏名を記入して下さい</p>				

※ 自動車損害賠償責任保険への請求の際使用された事故状況報告書の写をこの報告書にかえる事ができます。

報告者 **長久手 太郎**

長久手

記入例

人身事故証明書入手不能理由書

三角損害保険 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)

※交通事故証明書が物件事故の場合及び被害者の記載がない場合、人身事故証明書入手不能理由書を作成します

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、快復場所の指定を要しないため
	<input checked="" 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	<input checked="" type="radio"/> 警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	XX年 XX月 XX日
------	---	-------	-------------

該当理由に○をして下さい
(複数可)

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。

当事者

目撃者

その他 ()

※ 該当する項目に

住所 〒XXXX-XXXX 記入日 XX年XX月XX日

長久手市岩作城の内○○番地

氏名 加害者 花子

電話 XXXX (XX) XXXX

加害者

記入者に○をして下さい

(注) 当事者、賠償を求めめる側が、直接、自賠責保険に請求(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。

◆ 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

発 生 年 月 日 時		XX年XX月XX日 午前 XX時XX分頃 天候 曇り		
発 生 場 所		長久手市岩作城の内XX番地		
甲	住 所	長久手市岩作城の内60番地1		電話 XXXX (XX) XXXX
	氏 名	運転 一郎	生 年 月 日	明・大 昭 XX年XX月XX日 昭・平 (XX)才
	自賠償保 険契約先	日の出損害保険	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 XXXXXXXXX 号
	登録番号	〇〇 XXX 〇 XXXX	事 故 時 の 状 況	運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その 他
乙	住 所	長久手市岩作城の内〇〇番地		電話 XXXX (XX) XXXX
	氏 名	加害者 花子	生 年 月 日	明・大 昭 XX年XX月XX日 昭・平 (XX)才
	自賠償保 険契約先	三角損害保険	自賠償保 険 証 明 書 番 号	第 XXXXXXXXX 号
	登録番号	〇〇 XXX 〇 XXXX	事 故 時 の 状 況	運転・同乗 (甲・乙) ・歩行・その 他
丙	住 所	長久手市岩作城の内60番地1		電話 XXXX (XX) XXXX
	氏 名	長久手 太郎	生 年 月 日	明・大 昭 XX年XX月XX日 昭・平 (XX)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・大 年 月 日 ()才 昭・平
	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・大 年 月 日 ()才 昭・平
	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。