

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 (甲車の運転者)	氏名		乙 (被害者)	氏名		運転・同乗 { 甲車 甲車以外の車 歩行・その他
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)	
道路状況	見通し	良い 悪い	道路幅	甲車側(m), 甲車以外の車側(m)
信号又は標識	信号	あり なし	一時停止標識	あり なし	その他標識	
事故現場における自動車と被害者との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 甲車以外の車 進行方向 信号 一時停止 一方通行 人間 自転車 } オートバイ }					
	上記図の説明を	_____ _____ _____				

令和 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名 (印)

乙との関係() 氏名 (印)

◎相手方の自動車損害賠償保険契約等の内容について

契約内容		保険の種類	自賠責保険（強制）	任意保険
自動車保険証明書番号		第	号	第
保険会社名又は共済連名				
保険契約者	住所			
	氏名			
自動車	登録(車両)番号			
	車台番号			
保険契約期間		自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日	カ月	自平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日
車両の所有者	住所		TEL ()	
	氏名			TEL ()
損害賠償金 支払請求店	所在地			
	名称及び 担当課		TEL ()	TEL ()

※保険契約書の写を添付したときは、損害賠償支払請求店欄のみ記入してください。

◎示談状況・損害賠償請求および支払状況

示談状況		示談が成立(年 月 日)・交渉中・成立していない・請求権を放棄した(年 月 日)						
請求権を放棄した事由								
損害賠償の請求および支払状況	第三者(加害者)から損害賠償をうけたとき	自動車事故のとき保険会社から賠償金の受領は	した(請求者名)・しない・請求中	加害者に対する損害賠償の請求	していない・した(年 月 日) 円			
		損害賠償の種類	加害者直接賠償 ・ 保険会社からの賠償					
		損害賠償の内訳	治療費 (入院費を含む)	円				
			慰謝料	円				
			損害補償費	円				
			休業補償費	円				年 月 日～ 年 月 日までの 日分
			見舞金	円				
			葬祭費	円				
			その他	円				
		合計	円					
受領方法	第1回(円・平・令 年 月 日受領) 全額受領(平・令 年 月 日)・分割受領 第2回(円・平・令 年 月 日受領) 第3回(円・平・令 年 月 日受領)							

受付目付印

念 書（兼同意書）

災害発生年月日	平・令 年 月 日	災害発生場所	
第一当事者（被災者）氏名		第二当事者（相手方）氏名	

1. 上記災害に関して、健康保険法による保険給付を請求するに当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴組合に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受け取った時は受領の年月日、内容、金額（評価額）等を漏れなく、かつ遅滞なく貴組合に連絡します。
2. 上記災害に関して、私が保険給付を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（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）に対する被害者請求権を貴組合が、保険給付の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
3. 人身傷害保険から、自賠責に請求する場合、すみやかに貴組合へ連絡します。
4. 直接請求（被害者請求）をする場合、貴組合との競合とし、医療費を優先して、比例按分いたします。
5. 上記災害に関して私個人の情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴組合が、私の保険の請求、決定及び給付（その見込みを含む）の状況等について私が保険金請求権を有する人身障害保険等取扱い保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴組合が私の保険の給付及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む）等）について保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴組合が私の保険の給付及び上記の2業務に関して必要な事項（保険給付額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (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。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

愛知県信用金庫健康保険組合 御中

被保険者氏名 _____ 印

被扶養者氏名 _____ 印