

第三者の行為による被害届

○ ○ 長
× × 様

令和 元年 8月 10日

住 所 (〒 500-0123)

○○市本町1-12

受給者 氏名 介護一郎㊞

電話 (058) 273-0123

負傷した介護受給者本人を
記入する

下記のとおり届けします。

事故発生日		令和元年 5月 1日 午(前・後) 8時50分頃		事故発生場所	○○県○○市下奈良123番地		
事故原因と状況							
被 告 者 (受給者名)	受給者 証番号	12-3-4		職業	自営業		
	(フリガナ)	カイゴ イチロウ		続柄	本人	性別	男・女
	氏名	介護一郎		生年月日	(明・大昭・平) 8年 5月 15日 (85歳)		
加害者 (運転者)	氏名	森田花子		生年月日	(明・大昭・平) 39年 6月 1日 (54歳)		
	住所	(〒 509-0456) △△市 栄町 2丁目 43番地					
	職業	会社員		電話	(058) 266-1230		
第三 者 に 関 す る 事 項	氏名			電話	() -		
	住所	(〒 -) 同上					
	加害者 との関係	(本人)・親族(続柄)・事業主・その他()					
契約者	氏名			電話	() -		
	住所	(〒 -) 同上					
	保有者 との関係	(本人)・親族(続柄)・事業主・その他()					
任意保険 有・無	保険会社	★★火災海上保険		支店名	課名	担当者名	
				◆◆支店	損害課	☆☆☆☆☆	
証券番号	123-456-789		電話	(058) 277-2345			
指定居宅サービス事業者等の所在地・名称・(氏名)・サービス開始日							
①	◆◆訪問介護事業所			開始日	元年 7月 15日		
②	●●老人保健施設			開始日	元年 8月 5日		
③				開始日	年 月 日		
④				開始日	年 月 日		
⑤				開始日	年 月 日		

※保有者・契約者欄は加害者欄と同じ場合は「同上」と記載ください。

保険サービス提供開始日を記

<注意事項>

- ① 所定の記載項目の中で、一部分不明で記入できない箇所があつても、空欄のまま提出を求めてください。
- ② 記載されていない箇所で、介護担当者が分かる場合は助言して記入させてください。また、その後判明したときは、すぐに連絡をもらい、担当者が補筆して整備してください。
- ③ 加害者(相手)側の自賠責保険並びに任意保険の情報については、記入漏れのないように注意してください。

念書(同意書)(被害者側)

相手方氏名 令和元年 5月 1日、**事故発生年月日** ○○県○○市下奈良123番地 **事故発生場所** **負傷した介護受給者** において、
斎田花子の不法行為により 介護一郎 の被った保険事故について、介護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、介護保険法第21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、並びに保険者が加害者（損害保険会社等）に対し賠償金を請求する際に、その賠償金の算定にあたり、指定居宅サービス事業者等、保険単位数及び交通事故外の介護給付が含まれていないかなどを確認するために必要な次の書類を、加害者（損害保険会社等）に提出することに異議のないことを、書面をもって同意します。

(1) 第三者の行為による被害届（写）
 (2) 交通事故証明書
 (3) 事故発生状況報告書
 (4) 介護給付費明細書（写）等

なお、あわ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）をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

令和元年 8月 10日 ← **被害者が誓約した年月日**

負傷した介護受給者の住所・氏名・印鑑 住所 ○○市本町1-12
氏名 介護一郎 印

○○市長
×× ×× 様

<注意事項>

- ① 保険者が代位取得したことによる債権の確保するために、被害者側に誓約をさせます。
- ② 加害者（損害保険会社等）への損害賠償金を請求する際に、個人情報を含む書類等の提出に対する同意を含みます。
- ③ 誓約者に、念書の内容及び介護保険法第21条第1項の趣旨を十分に説明し周知のうえ、1部を誓約者に保持させます。
※示談の内容により、介護保険から求償ができなくなることがありますので注意願います。

【被害者が心神喪失者の場合の記入方法】

住所 ○○市本町1-12
氏名 介護一郎

承諾書(被害者側)

事故発生年月日

事故発生場所

負傷した介護受給者氏名

令和 元年 5月 1日、 ○○県○○市下奈良123番地において
 発生した自動車事故により、被害者 介護一郎 が受けた損害のうち介
 護保険法に基づいてなされた保険給付の限度内で私がおこなう自動車損害賠償
 保障法による保険金の請求に優先して ○○市 に支払われることを承諾しま
 す。

保険者名

負傷した介護受給者が誓約
した年月日

令和 元年 8月 10日

負傷した介護受給者
の住所・氏名・印鑑

住 所 ○○市本町1-12
 氏 名 介護一郎 印

<注意事項>

- ① 次のケースにおいて、自賠責保険に係る優先受領の手続きに必要になりますので、提出してください。
 - * 加害者が任意保険に加入していない場合
 - * 被害者の重過失による事故で、任意一括で取り扱われない場合
- ② 「承諾書」は、念書に併せて提出を求め、念書と同様に承諾書の内容、趣旨を十分説明し、周知のうえ1部を誓約者に保管してもらいます。

市・町・村・広域連合

誓 約 書 (加害者側)

貴 市 の介護保険の下記受給者が受けた保険給付は、私の不法行為（交通事故）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いたします。

- 1 保険給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは介護保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

加害者が誓約した年月日

令和 元年 8月 10 日

加害者本人の署名・印鑑

誓約者 住 所	△△市栄町2丁目43番地 薮田花子
保証人 住 所	◇◇町下町1-1 岐阜二朗

○ ○ ○ 長
× × × 様

保証人は、誓約者と生計を共にしない方が記入ください。(※加害者側の任意保険会社を含む)

加害車両の保有者氏名

記

自賠責保険の証明書番号

保 有 者	住 所	△△市栄町2丁目43番地	証明書番号	987-6543
加 害 者 (運 転 者)	住 所	*		
被 害 者 (受 給 者)	住 所	○○市本町1-12	誓約者との関係	*

(注) 印鑑証明を添付してください。*印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。

<注意事項>

- ① 保険者が代位取得したことによる債権を確保するために、加害者側に誓約をさせます。
- ② 誓約者に誓約書の内容及び介護保険法第21条第1項の趣旨を十分説明し周知して、本書1部を誓約者に保持させます。
- ③ 次のケースでは、加害者側から提出を求める手段を適宜講じてください。
*被害者の過失が相当認められ、加害者側がこのことを主張した場合は、「1」の文中に「過失割合により、損害賠償金を貴殿に支払いすること」と補筆する。
- ④ 加害者が未成年の場合は、監督義務者を誓約者としてください。
また、加害者が被用者の場合は、被用者本人を誓約者として、使用者を保証人としてください。
- ⑤ 加害者が2名以上の場合は、それぞれの加害者側から誓約書を提出させてください。

事故発生状況報告書

(注)

① ()の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを〇印で囲んでください。

② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入ください。

③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の"負傷または死亡された方の氏名"を記入してください。

④ この報告書は、自賠責損害調査事務所に送付されます。また、保険金(損害賠償額)支払手続上必要となる場合には、事故の相手方に送付することがあります。

負傷した介護受給者氏名

甲 (甲車の運転者)	氏名 薮田花子	乙 氏名 介護一郎	運転・同乗 甲車 甲車以外の車 歩行・その他()
速度	甲車 20 km/h(制限速度 40 km/h)、甲車以外の車 60 km/h(制限速度 50 km/h)		
道路状況	見通し 良い 悪い	道路幅	甲車側(6 m)、甲車以外の車側(6 m)
信号または標識	信号 有 無	一時停止標識 有 無	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。)		
	<p>洗車場 ガソリンスタンド 飲食店 飲食店 住宅 住宅 コンビニ</p> <p>6m 6m</p> <p>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</p>		
明事を故書発生して状況だの説	<p>信号機により交通整理の行われている交差点において、双方出会い頭で衝突し、乙が負傷したもの、なお、該当事故現場の信号機は、事故当時一方が赤色点滅、他方が黄色点滅の点滅信号である。</p> <p>説明は、詳細にわかりやすく記載</p>		

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

令和 元年 8月 10日

報告書作成日

甲との関係()

報告者

乙との関係(本人)

報告書作成者の署名・印鑑

氏名 介護一郎

印

報告者との関係

〈注意事項〉

- ① この報告書は、過失割合を算定する際に重要な書類です。事実に基づき道路状況、信号または標識、速度はもとより、周囲の状況、他車等の位置、道路幅員等を図示し、説明を詳細に記載してください。
- ※参考資料として、事故現場の住宅地図のコピー、現場写真、事故の新聞記事等があります。

人身事故証明書入手不能理由書

▲▲海上火災 保険会社 御中

《介護記載例》

■ 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	<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 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)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 checked="" type="radio"/> その他(理由を具体的に記載してください。) 【理由】 例① 同じ自治会の方との事故だったため 例② 家族同士の事故であり、警察沙汰にしたくなかったため

◆ 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	岐阜○	警察 ○○ 担当官	届出年月日	元
------	-----	-----------	-------	---

(判明している場合)

裏面への記入
が必要です！

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、人身事故の事実に相違ありません。

<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒XXXX-XXXX	記入日 元年8月10日
<input type="radio"/> 目撃者	△△市栄町2丁目43番地	
<input type="radio"/> その他(保険会社)	氏名 薮田花子	印
※ 該当する項目に ○印をしてください	電話 058(266)1230	

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求(法第16条)する者、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。

事故状況等により、加害者から署名・捺印がもらえない時は、その理由を記入し、被害者の署名・捺印をする。

(保険会社使用欄) 該当する□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
元年8月10日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年月日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	□電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年月日	□病院 □目撃者 □運転者 □被害者 □修理工場 □その他()	□電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項	[]	

【 事案情 被害者名 介護一郎 事故日：令和元年5月1日】

〈注意事項〉

- ① 交通事故証明書が「物件事故扱い」の場合必要となります。
② 交通事故証明書が発行されていない場合、又は、交通事故証明書に負傷した被害者が記載されていない場合は両面の記入が必要となります。
③ 人手不能理由については、該当項目に○印をしてください。また、他の理由がある場合はご記入ください。
④ 自認欄には、必ず当事者どちらかの署名・印鑑をお願いします。(原則加害者である相手方)

《介護記載例》

○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	時	分頃	天候
				午後			
発生場所							
甲	住所	電話 ()					
	氏名		生年月日	明昭	大平	年月日	()才
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	明昭	大平	年月日	()才
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	明昭	大平	年月日	()才
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	明昭	大平	年月日	()才
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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	明昭	大平	年月日	()才
	自賠責保険契約先		自賠責保険証明書番号	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