

念 書（兼同意書）

(元号)〇〇年〇〇月〇〇日 事故発生場所 において 相手(加害者) の
不法行為により 被保険者(被害者) の蒙った負傷について、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項及び第3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
のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせて次の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、必ず事前に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。
4. 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを香川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. 本件保険事故に関する損害保険会社等に対する請求支払状況等について香川県
国民健康保険団体連合会が損害保険会社等から情報の提供を受けること。

(元号)〇〇年〇〇月〇〇日

住 所

氏 名

国保被保険者（被害者）の
住所・氏名・印
※未成年の場合は親権者
※記入不能の場合は代理人

直島町長 殿

相手方（加害者）が記入
※取得が困難な場合は省略可

誓 約 書

(元号) 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 事故発生場所

番地先において傷害をうけた 被保険者(被害者) 様の治療費は、貴（市・町・国保組合）の国民健康保険で給付が行われておりますが、国民健康保険法の規定により貴（市・町・国保組合）が給付を行った額の限度で私の過失分について貴（市・町・国保組合）の請求に基づき遅滞なく支払を履行することを誓約いたします。

(元号)〇〇年〇〇月〇〇日

支払義務者 住所

相手方の（加害者）の
住所・氏名・印

氏名

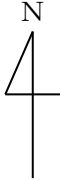



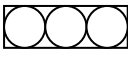



印

直島町長 殿

分かる範囲で、なるべく詳しく記入してください。

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。

発生日時	年 月 日 午前, 午後 時 分頃			
発生場所				
甲 (相手運転者) 氏 名		乙 (被保険者) 氏 名		運転, 同乗者 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【してある, してない】 歩道 (両, 片)【ある, ない】 直線, カーブ, 平坦, 坂道 見通し【良い, 悪い】 積雪, 凍結 環境【商店街, 住宅街, 田園 (郊外) 国道, バイパス, 山間地, その他 ()】			
信号又は標識	信号【ある, ない】 駐, 停車禁止【されている, されていない】 その他標識 ()			
速 度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)	乙車両 km/h (制限速度 km/h)		
事故現場における自動車と被害者との 状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください。)			
		相手車 	受給者車 	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 書いてください				

請求する保険契約の加害自動車の他にもう一台の加害自動車が有り、判明している場合にはご記入下さい。

自動車の番号		加害運転者 氏名	(電話)
所 有 者	〒 住所	氏名	(電話)

(元号) ○○年 ○○月 ○○日

報告者 (甲・乙) との関係 () 氏 名

連絡先 ()

記入した方の氏名・印・連絡先

印