

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

国民健康保険法施行規則第32条の6（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、介護保険法施行規則第33条の2）の規定により次のとおりお届けします。

年 月 日

長 様

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

| | | | | | | | | |
|---------------|---------------|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|---|-----|--|
| 被保険者（被害者） | フリガナ | | | 生年月日 | 大 昭 平 令 年 月 日（才） | | | |
| | 氏名 | | | 職 業 | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | 法 制 | 国 保 後期高齢者 介 護 | 被保険者証番号 | | | |
| | 住所 | 〒 _____ | | | | | | |
| | 電話（連絡先）※ | （ ） - _____ | | ※日中連絡可能な連絡先を記載してください。 | | | | |
| 第三者（加害者）関係 | 加害者 | 住所 | 〒 _____ | | | | | |
| | | 電話（連絡先） | （ ） - _____ | | | | | |
| | | フリガナ | | | 年 齢 | 才 | 職 業 | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 責任者との関係 | 本 人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他（ ） | | | | | | |
| | 責任者〔使用者・所有者等〕 | 住所（所在地） | 〒 _____ | | | | | |
| | | 電話（連絡先） | （ ） - _____ | | | | | |
| | | 名称 | | | | | | |
| | | 代表者 | | | | | | |
| 加害者との関係 | | 使用者 ・ 所有者（占有者） ・ 保護者 ・ その他（ ） | | | | | | |
| 加害者の賠償責任保険の有無 | | 有（保険会社等の名称 担当者名 ） ・ 無 ・ 不明 | | | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|---|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----|
| 事故の状況 | 発生日時 | 年 月 日 | | 午前 | 時 | 分頃 |
| | 発生場所 | | | | | |
| | 受傷原因 | ※下記種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input type="checkbox"/> 施設での事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は右空欄へ 受傷原因を記載してください | | | | |
| 治療関係 | 傷病名 | | | | | |
| | 医療機関の所在地・名称 | | | | | |
| | 診療の期間 (見込期間) | 年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外) | 年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外) | 年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外) | 年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外) | |
| 示談の状況 | 示談が成立 (年 月 日) ・ 交渉中 示談をする予定 (月ごろ) 示談はしない 裁判の見込み | | | | | |
| 損害賠償金を受領した場合 | 名 目 | 金額又は品名 | | 受領年月日 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | | | | | | |

- 1 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
- 4 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。