

## 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

諫早市 長 様

世帯主 住所 ▲▲市▲▲▲11-1

氏名 国保 太郎

電話 ××××-××-××××

被保険者（被害者）	フリガナ	ヨシキ タロウ	生年月日	大 <sup>昭</sup> 平 〇年 〇月 〇日（〇才）		
	氏名	国保 太郎	職 業	無職		
	世帯主との続柄	本人	法制	国保後期高齢者介護	被保険者証番号	い 〇〇〇〇〇〇〇
	住所	〒000-0000 ▲▲市▲▲▲11-1				
	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	住所	〒000-0000 ▲▲市☆☆27-1				
	電話（連絡先）	(××××) ×× - ××××				
	フリガナ	カキイ ハナ	年齢	〇〇 才	職業	無職
	氏名	加害 花子				
	責任者との関係	本 <sup>人</sup> ・従業員・親 族・その他（ ）				
	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 <u>午前</u> 11時 00分頃 午後		
	発生場所	▲▲市☆☆30-5		
	受傷原因	※下記種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input checked="" 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	○○病院		
	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 <u>外</u> )	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 ) ・ <u>交渉中</u> 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○月○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。