

## 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          |                        | コケホ 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<br>後期高齢者<br>介 護            | 被保険者番号 | い 〇〇〇〇〇〇〇〇 |                               |  |     |    |  |
|               | 住所            |                        | 〒000-0000<br>▲▲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    | 加害者           | 住所                     |                                        | 〒000-0000<br>▲▲市☆☆27-1         |        |            |                               |  |     |    |  |
|               |               | 電話（連絡先）                |                                        | （××××） ×× - ××××               |        | /          |                               |  |     |    |  |
|               |               | フリガナ                   |                                        | カガイ ハナコ                        |        |            |                               |  |     |    |  |
|               |               | 氏名                     |                                        | 加害 花子                          |        | 年 齢        | 〇〇 才                          |  | 職 業 | 無職 |  |
|               |               | 責任者との関係                |                                        | 本 <sup>人</sup> ・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 <u>午前</u> 11 時 00 分頃<br>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<br><br><input checked="" type="checkbox"/> けんか<br><input type="checkbox"/> 動物による咬傷<br><input type="checkbox"/> 施設での事故<br><input type="checkbox"/> 食中毒<br><input type="checkbox"/> 家庭内暴力<br><input type="checkbox"/> その他<br>※その他の場合は右空欄へ<br>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<br>所在地・名称                                                                            | ○○病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                     |                                     |
|                       | 診療の期間<br>(見込期間)                                                                            | ○年○月○日より<br>○年○月○日まで<br>入院・外来の別 (入 <u>外</u> )                                                                                                                                                                                                                                                           | 年 月 日より<br>年 月 日まで<br>入院・外来の別 (入・外) | 年 月 日より<br>年 月 日まで<br>入院・外来の別 (入・外) |
| 示談の状況                 | 示談が成立 (      年      月      日 ) ・<br><u>交渉中</u><br>示談をする予定 (      月ごろ )<br>示談はしない<br>裁判の見込み |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                     |                                     |
| 損害賠償金を<br>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<br>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。