

様式4号の1

第三者行為による傷病届

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。

令和 年 月 日

佐賀県建設国民健康
 保険組合 理事長 様

世帯主 住所
 氏名 ㊟
 電話

被害者	フリガナ			生年月日	大昭 平令 年 月 日 (才)				
	氏名			性別	男・女	職業			
	法制	国保・退職	記号番号			個人番号			
		後期高齢者	被保険者番号			個人番号	※記載の必要ありません。		
介護保険		被保険者番号			個人番号	※記載の必要ありません。			
第三者(加害者)関係	加害運転者	住所	電話 () -						
	フリガナ			性別	男・女	年齢	才	職業	
	氏名								
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()							
	保有者「所有者・使用主」	住所(所在地)	電話 () -						
		名称							
		代表者							
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()							
第三者の自賠責共済保険関係	保険会社等			証明書番号					
	共済契約者	住所	電話 () -						
		フリガナ			保険期間	自	年	月	日
	氏名			至		年	月	日	
	加害自動車	車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台番号		
任意共済(対人)の有無	有 (保険会社等の名称			担当者名) ・ 無			




事故の内容	発生日時	令和 年 月 日		午前	時	分頃
	発生場所					
	事故原因と状況					
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署	警察署		
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()			
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
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)		
示談	示談が成立した (年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定 (月ごろ)・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 自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。

連 絡 先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()

様式5号の1

事故発生状況報告書

自賠責証明書 番号	第 号	当 事 者	甲（加害者運転者）	氏名 （電話）	
自動車の 番号			乙（被害者）	氏名 （電話）	運転・同乗 歩行・その他
事故発生日時	平成・令和 年 月 日		午前・午後 時 分頃		
事故発生場所					
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 <input type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない 歩道（両・片） <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 直線・カーブ 環境 [商店街・住宅街・田園（郊外）・国道・バイパス・山間地・その他（ ）] 平坦・坂 <input type="checkbox"/> 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 積雪路・凍結路				
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない	その他の標識		
速度	甲車両 k m/h（制限速度 k m/h），乙車両 k m/h（制限速度 k m/h）				
事故現場に於ける自動車と被害者の状況を图示してください。	<div style="text-align: right;"> 乙 車  甲 車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ  </div> <p style="text-align: right;">道路幅をmで記入してください。</p>				
上記図の説明を書いてください。	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>				

以上のおりご報告いたします。

令和 年 月 日

報告者 甲・乙との関係（ ） 印

様式 6 号の 1

念書兼同意書 (被保険者側)

私が被った下記の第三者行為に関し、国民健康保険法（高齢者の医療の確保に関する法律、介護保険法）による保険（医療、介護）給付を受けた場合は、国民健康保険法第 64 条第 1 項（高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法第 21 条第 1 項）の規定により保険（医療、介護）給付額の限度において、保険者等が加害者に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することを理解しましたので、次の事項を遵守及び同意することを書面をもって申し立てます。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者等にその内容を申し出、承諾を得ること。
- 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、かつ遅滞なく保険者等に届け出ること。
- 4 当該事故の保険（医療、介護）給付及び代位求償業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳（その見込額を含む）等）について、保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が情報の提供を受けることに同意すること。
- 5 当該事故の治療（介護サービス）に関する診療報酬明細書等（介護給付費明細書等及び主治医意見書等）の写しを保険者等及び佐賀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に同意すること。
- 6 当該事故により受診した医療機関（介護サービスを受けた介護事業所）及び損害保険会社等から保険者等及び佐賀県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療（介護）状況等の情報の提供を受けることに同意すること。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(保護者等) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

佐賀県建設国民健康保険組合理事長 様

記

事故発生日時	令和 年 月 日	午前・午後	時	分頃
事故発生場所				
加 害 者 (運 転 者)	住 所			
	氏 名			
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所	※		
	氏 名	※	同意者との関係	※

※印欄は同意者と被保険者が異なる場合のみ記入してください。