

様式4号の2

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。

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 (任意)	男・女	職業			
		国保・退職	記号番号		個人番号				
	法制	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。					
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			性別 (任意)	男・女	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			

受傷の内容	受傷日時	令和 年 月 日		午前 午後	時	分頃	
	受傷場所						
	受傷原因と状況	(どのようにして受傷したか具体的に記入してください)				※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	
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署		警察署		
	目撃者	あり ()・なし					
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 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。
- 5 性別の記入は任意です。

連 絡 先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()

事故発生状況報告書（交通事故以外）

当事者	甲（加害者）	氏名	
	乙（被害者）	氏名	
事故発生日時		令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	
事故発生場所			
事故発生状況図			
事故内容の説明			

以上のとおりご報告します。

令和 年 月 日

加害者との関係（ ）

被害者との関係（ ）

印

※署名又は記名・押印

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

※署名又は記名・押印

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。

様式7号の1

誓約書 (相手側)

貴国保組合の下記被保険者が受けた保険（医療）給付は、私と_____様との間で発生した第三者行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

- 1 保険（医療、介護）給付額確定時に損害賠償金を保険者等に支払うこと。
- 2 保険者等の書面承諾なしに示談したときは国民健康保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※署名又は記名・押印

佐賀建設国民健康保険組合理事長 様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証明書番号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被 保 険 者)	住 所			
	氏 名			

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。