

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。

令和〇年 〇月 〇日

佐賀県建設国民健康
 保険組合理事長 様

世帯主 住所 佐賀市鍋島町森田 469-1 佐建
 氏名 佐建 太郎 印
 電話 0952-30-8121

被害者	フリガナ	サケン タロウ		生年月日	大 昭 平 令 〇年 〇月 〇日 (××才)			
	氏名	佐建 太郎		性別	男・女	職業	塗装業	
	法制	国保・退職	記号番号	303*****	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。			
電話（連絡先）※		(0952) 30 -8121			※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※	佐賀県佐賀市〇〇町××111 番地 2						
	電話（連絡先）	(***) **** - ****						
	フリガナ	ケンセツ ジロウ		性別	男・女	年齢	△△才	
	氏名※	建設 次郎		職業	会社員			
	責任者との関係	本人・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							

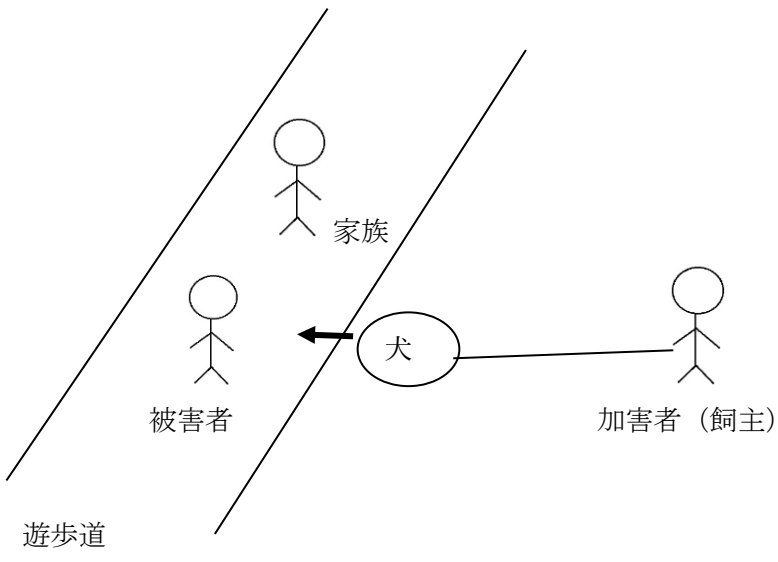
受傷の内容	受傷日時	令和○年 ○月 ○日 <u>午前</u> ○○時 △分頃 午後		
	受傷場所	佐賀市○○の△△公園		
	受傷原因と状況	(どのようにして受傷したか具体的に記入してください) 家族と散歩していたら犬が飛びかかってきた。リードが長がったため 飼い主の制止はきかなかった		※種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> けんか <input checked="" type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input type="checkbox"/> 施設での事故 <input 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	<u>あり</u> (被害者の家族) ・ なし		
	心身の状況	加害者	<u>正常</u> ・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()	
	被害者	<u>正常</u> ・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
治療関係	傷病名	右手咬傷		
	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	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	現在は弁護士に相談し、交渉中			

- 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。

連 絡 先	課 係	担当者 () 電 話 ()
-------	-----	--------------------

様式 5 号の 2

事故発生状況報告書（交通事故以外）

当事者	甲（加害者）	氏名	建設 次郎
	乙（被害者）	氏名	佐建 太郎
事故発生日時		令和〇年 〇月 〇日 午前 〇時 〇分頃	
事故発生場所		佐賀市〇〇の△△公園	
事故発生状況図			
事故内容の説明	公園で家族と散歩していたら大型犬が飛びかかってきた。リードが長がったため飼い主の制止はきかず、右手を咬まれた		

以上のとおりご報告します。

令和〇年 〇月 △日

加害者との関係（ ）

被害者との関係（ 本人 ）

佐建 太郎

佐建

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 佐賀市鍋島町森田 469-1

氏 名 佐建 太郎 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

Table with 4 columns and 4 rows containing accident details: 事故発生日時, 事故発生場所, 加害者(運転者), 被害者(被保険者). Includes fields for date, time, location, and names of the perpetrator and victim.

※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（市町・国保組合・広域連合、広域市町村圏組合）の国民健康保険（後期高齢者医療、介護保険）の下記被保険者が受けた保険（医療、介護）給付は、私と佐建 太郎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（後期高齢者医療、介護保険）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 佐賀市○○町××111 番地 2

氏 名 建設 次郎 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

佐賀建設国民健康保険組合理事長 様

記

保 有 者	住 所	佐賀県佐賀市○○町××111 番地 2		
	氏 名	建設 次郎	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	佐賀市鍋島町森田 469-1		
	氏 名	佐建 太郎		

※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。