

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

長 様

世帯主 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

被保険者（被害者）	フリガナ		生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 （ 才）		
	氏名			職 業		
	世帯主との続柄		法 制	国 保 後期高齢者 介 護	被保険者証番号	
	住所	〒 _____				
	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		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				

事故の状況	発生日時	年 月 日			午前	時	分頃
	発生場所						
	受傷原因	<p>※下記種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入</p> <p> <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 ※その他の場合は右空欄へ 受傷原因を記載してください </p>					
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)	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)
示談の状況	示談が成立 (年 月 日) ・ 交渉中 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。