

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）		（ ） —		生年月日		大 昭 平 令 年 月 日			
		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及び契約情報		有（保険会社等の名称 担当者名 Tel ） 【保険期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 】 【契約者名： 契約番号： 】 無 不明									

事故の状況	発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃		
	発生場所			
	受傷原因	※下記種別に ☒ を記入 ☐ けんか ☐ 動物による咬傷 ☐ 施設での事故 ☐ 食中毒 ☐ 家庭内暴力 ☐ 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		
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。