

※第三者行為による傷病届用紙については

ご加入の 市・区役所
町・村役場 へ、お問い合わせください。

(様式4号)

第三者行為による傷病届

被保険者 (被害者)	フリガナ	カイゴ	ハナコ	保険者名	〇〇〇市	
	氏名	介護	花子	被保険者証番号	1234567890	
第三者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号			電話	00-0000-0000
	フリガナ	オオサカ	ジロウ	〇〇年 〇月 〇日生		
	氏名	大阪	次郎			
事故の状況	発生日時	□□ 〇〇年 〇月 〇日 午前 〇時 〇分頃				
	発生場所	〇〇市〇〇町一丁目2番3号地先				
	原因・状況	道路を横断していて、停車車両の右側を走行してきた加害者運転の普通乗用車と衝突した。				
診療関係	傷病名	骨盤骨折	初診日	〇〇年 〇月 〇日		
	治癒までの見込み	入院 〇〇日	通院 〇〇日	費用	〇〇〇〇〇〇円	
係	保険医療機関	住所名称	〇〇市〇〇町一丁目3番5号 〇〇病院 電話 00-0000-0000			
	介護保険による給付	□□ 〇〇年 〇月 〇日から している ・し				
	介護給付を受けた事業所名	当初	デイサービス 〇〇	転移後	△△ヘルパーステーション	
損害賠償関係	示談等の交渉状況	現在未定				
	自賠責保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社	電話	00-0000-0000	
	契約者名	大阪 次郎	証明書番号	ABCD1234		
	保有者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号			
	任意保険	住所	〇〇市〇〇町二丁目3番4号			
証券番号	EFGH5678	保険期間	担当者	〇〇〇〇		

事故にあわれた当時の年齢をご記入ください。

分かる範囲でご記入ください。不明の箇所は未記入でも可能です。

☆事故に遭った当時はデイサービス〇〇を使用していたが、その後△△ヘルパーステーションにサービス変更した例

相手側(第三者)の自賠責保険の情報を記入してください。※自賠責保険の情報は交通事故証明書に記載されています。

第三者(相手方)の情報を記入していただく欄となります。

必ず押印をお願いします。

上記のとおりお届けします。
□□〇〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇町3-4-5
氏名 介護 花子

(保険者の 長) 様

(注)太枠は必ずご記入ください。

(様式 3号)

事故発生状況報告書

甲 第三者名	大阪 次郎	乙 被保険者名	介護 花子	運 転・同 乗 歩 行・その他
速 度	甲車 ○km/h(制限速度 ○km/h)、甲車以外の車		km/h(制限速度 km/h)	
天 候	晴(曇)・雨・雷・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	してある していない	・歩道(両)・片	ある ない
	平坦	坂・見通し	良い 悪い	・積雪路 ・凍結路

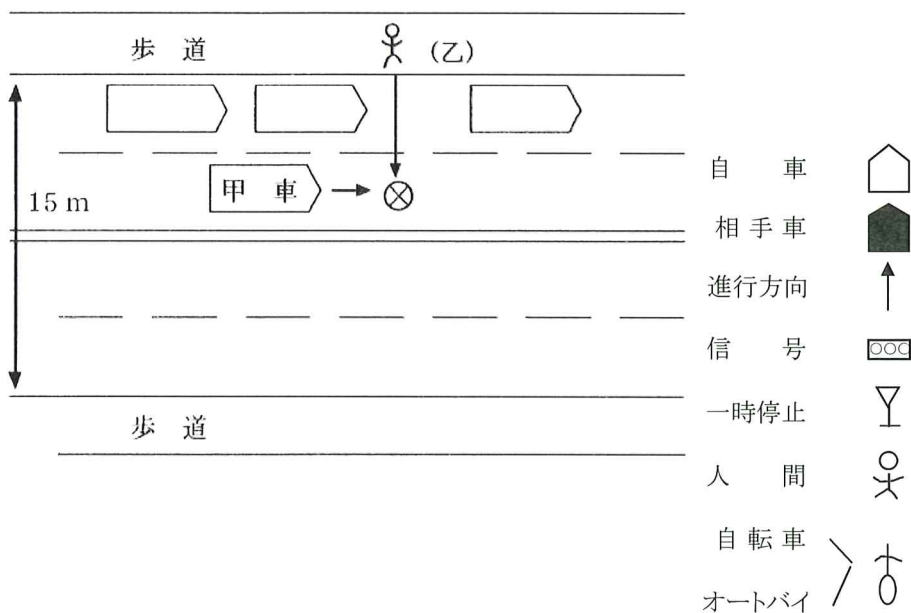
加害者(相手の方)が複数名いる場合は全員分のご記入をお願いします。

分かる範囲で記入してください

事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。

事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)

※ 簡単な図の記入をお願いします。



図と説明はセットになります。どちらも必ず記入が必要です。

書
上
記
て
図
下
の
さ
説
明
を

乙が道路を横断していて、停車車両の右側を走行してきた甲車(普通乗用車)と衝突し、負傷した事故である。

※ 上の簡単な図についての説明を記入してください。

□□〇〇年 〇月 〇日

報告者

甲との関係(本人) 氏名 大阪 次郎 印

乙との関係(本人) 氏名 介護 花子 印

必ず押印をお願いします。

(様式 5 号)

被保険者が記入

同 意 書

□□〇〇年〇月〇日 (事故日) _____ 事故発生場所 (事故証明書参照) _____ において
_____大 阪 次 郎_____ の不法行為により _____ 介 護 花 子 _____ の被った
保険事故について、介護保険法による介護給付を受けた場合は、私が第三者に対して
有する損害賠償権を、介護保険法第 21 条第 1 項の規定によって保険者が給付の価額
の限度において取得し、行使し、かつ賠償金を受領すること、及び下記の事項に同意
いたします。

記

- 1 貴職が、第三者行為による傷病届等の関係書類 (事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの) を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、第三者行為と因果関係のある介護サービスを確認するものとして、主治医意見書、訪問調査票、認定調査票特記事項、介護サービスに係る申請書のコピーおよびその他求償事務に関して必要な書類一式を損害保険会社等へ提出すること。
- 3 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を事業所、医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 4 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 5 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 6 第三者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、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

必ず被保険者の署名
捺印が必要です。

住 所 〇〇市□□□1-1-1

氏 名 介 護 花 子

Ⓢ

_____保険者の 長 様_____

注) 介護保険法第 21 条第 3 項に基づき損害賠償金の徴収または収納の事務を大阪府国民健康保険団体連合会に委託する場合があります。

誓約書は、相手側(第三者)にお渡しいただき記入してもらう書類です。
※相手側(第三者)に依頼できないもしくは、拒否された場合など提出できない場合は添付不要です。

(様式6号)

誓 約 書

貴(保険者)の介護保険の下記被保険者が受けた介護給付は、私の不法行為(交通事故)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. 介護給付額確定時に損害賠償を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは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。

□□〇〇年 〇月 〇日

誓約者 住 所 〇〇市 〇〇町 一丁目 1番1号

氏 名 大 阪 次 郎 ⑩

保証人 住 所 〇〇市 〇〇町 二丁目 3番4号

△△海上火災保険

氏 名 大 阪 サ ー ビ ス セ ン タ ー 〇 〇 〇 〇 ⑩

保険者の 長 様

任意保険が対応している場合は、保証人欄は損害保険会社の担当者名等を記入・押印してもらってください。

保 有 者	住 所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号		
	氏 名	大 阪 次 郎	証明書番号	〇〇〇〇〇
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (要介護認定者)	住 所	〇〇市〇〇町3-4-5		
	氏 名	介 護 花 子		

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。