

(様式4号)

第三者行為による傷病届

			国 退 後高		
被 保 険 者 (被 害 者)		フリガナ	世 帯 主	被 保 険 者 証 記 号 番 号	
		氏 名	と の 続 柄		
		年 月 日生 (歳)		後 期 高 齢 者 被 保 険 者 番 号	
第 三 者	本 住 所	電 話			
	人 フリガナ 氏 名		年 月 日生		
	使 用 者 住 所 名 称 代 表 者 名	電 話			
事 故 の 状 況	発 生 日 時	年 月 日	午 前 午 後	時 分 頃	
	発 生 場 所				
	原 因 ・ 状 況				
診 療 関 係	傷 病 名	初 診 日	年 月 日		
		国 保 (後 高) 開 始 日	年 月 日		
	治 癒 ま だ の 見 込 み	入 院 日	通 院 日	費 用	円
	保 険 医 療 機 関	住 所 名 称	電 話		
損 害 賠 償 関 係	示 談 等 の 交 渉 状 況				
	自 賠 責 保 険	保 険 会 社 名	電 話	担 当 者	
		契 約 者 名	証 明 書 番 号		
	保 有 者	住 所			
		氏 名			
	任 意 保 険	保 険 会 社	住 所		
		名 称	電 話		
	証 券 番 号	保 険 期 間	担 当 者		

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所

電話

様

氏名








印

(注) 太枠は必ずご記入ください。

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。

(様式3号)

事故発生状況報告書

甲 第三者名		乙 被保険者名		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・歩道(両・片) あり・直線・カーブ 舗装 してない 平坦・坂・見通し 悪い・積雪路・凍結路			
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)			
	<p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号  [青・黄・赤(点滅)]</p> <p>一時停止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車  オートバイ </p>			
上記図の説明を 書いて下さい。				

年 月 日

報告者 甲との関係 () 氏名 _____ 印

乙との関係 () 氏名 _____ 印

(様式5号)

同意書

年 月 日 _____ において

_____ の不法行為により _____ の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について、 高齢者の医療の確保に関する法律による医療給付 を受けた場合は、

私が第三者に対して有する損害賠償請求権を 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

の規定によって 保 険 者
後期高齢者医療広域連合 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）を加害者（保険会社等）へ提出すること。
- 2 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）を公費実施者である市町村等関係機関へ提出すること。
- 3 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び加害者（保険会社等）からの支払状況確認のために必要な情報を医療機関、加害者（保険会社等）から提供を受けること。
- 4 保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び加害者（保険会社等）からの支払状況等、損害賠償請求を行うために必要な情報を貴職に提供、及び照会に応じること。
- 5 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。
- 6 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 7 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

住所 _____

氏名 _____

⑩

様

注1) 被保険者が未成年の場合は、親権者が同意書を差し入れてください。

注2) 国民健康保険法第64条第3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58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。

注3) 上記「加害者」とは加害者本人及び加害者が加入している損害保険会社のことを指します。

(様式6号)

誓 約 書

貴(市・町・村・組合・後期高齢者医療広域連合)の国民健康保険後期高齢者医療の下記被保険者が受けた保険給付医療給付は、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 保険給付額医療給付額確定時に損害賠償金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、国民健康保険給付分後期高齢者医療給付分に関し何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

保証人 住 所 _____
氏 名 _____ (印)

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			

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。
※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。