

第三者行為による傷病届（傷害）

| 項 目                                             |                                     |                                                              | 内 容                   |              |                               |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------------------|--|
| （被<br>保<br>険<br>者<br>名<br>等）<br><br>届<br>出<br>者 | 被保険者記号・番号 / 保険者名                    |                                                              | 被保険者記号・番号             |              | 保険者名<br>長野県医師国民健康保険組合         |  |
|                                                 | 届出者情報<br>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入 | 氏名 / 生年月日                                                    | ふりがな<br>氏 名           |              | 生年月日<br>年 月 日                 |  |
|                                                 |                                     | 住所 / 電話                                                      | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
| （被<br>害<br>者）<br><br>（受<br>診<br>者）              | 氏名 / 続柄 / 生年月日                      | 届出者の<br>情報と同じ<br>場合は<br>チェック<br><br><input type="checkbox"/> | ふりがな<br>氏 名           |              | 生年月日<br>年 月 日                 |  |
|                                                 | 住所 / 電話                             |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
| （加<br>害<br>者）<br><br>（第<br>三<br>者）              | 氏 名                                 |                                                              | ふりがな<br>氏 名           |              |                               |  |
|                                                 | 住所 / 電話                             |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
| 発<br>生<br>状<br>況                                | 発生日時                                |                                                              | 年 月 日 午前 / 午後 時 分頃    |              |                               |  |
|                                                 | 発生場所                                |                                                              |                       |              |                               |  |
| 賠<br>償<br>責<br>任<br>保<br>険<br>（加<br>害<br>者）     | 保険会社名 / 担当部署                        |                                                              | 保険会社名                 |              | 担当部署                          |  |
|                                                 | 取扱店所在地 / 電話                         |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
|                                                 | 担当者名 / E-mail                       |                                                              | ふりがな<br>氏 名           |              | E-mail                        |  |
|                                                 | 保険契約者名                              |                                                              | ふりがな<br>氏 名           |              |                               |  |
|                                                 | 住所                                  |                                                              | 〒                     |              |                               |  |
|                                                 | 保険期間 / 契約番号                         |                                                              | 保険期間<br>年 月 日 ~ 年 月 日 |              | 契約番号<br>第 号                   |  |
| 治<br>療<br>状<br>況                                | 診療機関名 / 入院 / 治療期間                   |                                                              | ① 診療機関名               | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日 |  |
|                                                 | 住所 / 電話番号                           |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
|                                                 | ※治療終了日（見込）については可能な範囲でご記入ください。       |                                                              | ② 診療機関名               | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日 |  |
|                                                 |                                     |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
|                                                 |                                     |                                                              | ③ 診療機関名               | 入 院<br>有 / 無 | 治療開始日 年 月 日<br>治療終了(見込) 年 月 日 |  |
|                                                 |                                     |                                                              | 〒                     |              | TEL<br>( )                    |  |
|                                                 |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
|                                                 |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
|                                                 |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
| 上記のとおりお届けします。                                   |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
| 年 月 日 住所                                        |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
| 電話                                              |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |
| 長野県医師国民健康保険組合理事長 様 氏名 ⑩                         |                                     |                                                              |                       |              |                               |  |

※ 次の書類を添付してください。  
○念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。

事故発生状況報告書

|             |               |    |      |                                               |
|-------------|---------------|----|------|-----------------------------------------------|
| 当事者         | 加害者<br>(第三者)  | 氏名 | 事故種別 | 自転車事故・動物による咬傷<br>その他 (                      ) |
|             | 被害者<br>(被保険者) | 氏名 |      |                                               |
| 事故現場状況図     | <div></div>   |    |      |                                               |
|             |               |    |      |                                               |
| 事故発生の状況(経緯) |               |    |      |                                               |
|             |               |    |      |                                               |

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年      月      日      届出者(被保険者)      :

※未成年の場合は親権者等      印

(注)本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者に署名または記名押印をして貰ってください。

## 念 書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、法令<sup>(注1)</sup>により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者<sup>(注2)</sup>が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が医療機関に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者(保険会社・共済団体)と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者(保険会社・共済団体)に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者(保険会社・共済団体)から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

年 月 日

届出者(被保険者)

住所

氏名

(印)

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

国民健康保険: 国民健康保険法第64条1項、後期高齢者医療: 高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項

(注2) 国民健康保険及び後期高齢者医療については、国民健康保険法第64条3項または高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

誓 約 書

長野県医師 1. 市・町・村 ①. 国民健康保険被保険者  
②. 国保組合の 2. 後期高齢者医療被保険者  
3. 広域連合 3. 介護保険被保険者

様が受けた保険給付は、私の 年 月 日の  
不法行為に関連するものですので、次の事項を遵守することを、書面をもって誓約します。

1. 保険給付確定時に損害賠償金を貴職に支払うこと。
2. 貴職の書面承諾なしに示談したときは ①. 国民健康保険給付分  
2. 後期高齢者医療給付分 に限り、何人に対しても  
3. 介護保険給付分  
示談の効力を主張しないこと。
3. 関連賠償責任保険会社（責任共済の共済責任を負う協同組合）に対しての契約内容の確認・  
保険金（共済金）支払内容調査等の実施を承諾し、異議を申し立てないこと。

年 月 日

長野県医師国民健康保険組合理事長 様

誓 約 者 住所  
氏名 印

法定代理人 住所 誓約者との関係  
氏名 印

（注）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。