

様式第4号

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

		国保・退職（本人・家族）・後期・介護			
被害者	フリガナ	世帯主との続柄		被保険者証記号番号	
	氏名			和45-	
	年 月 日生（ ）歳			後期高齢者被保険者番号	
個人番号					
第三者	住所	電話			
	氏名	年 月 日生			
事故の状況	発生日時	平成 年 月 日		午前・午後 時 分頃	
	発生場所				
	警察への届出	有・無	所轄署	警察署	被害届受理番号
	状況図				
	図の説明				
診療関係	傷病名及び傷病の程度	初診日 平成 年 月 日		国保（老健）開始日 平成 年 月 日	
	治療までの見込み	入院	日・通院	日・費用額	円
	保険医療機関名	住所名称	電話		
サービス関係	要介護状態	介護保険サービス提供開始日 平成 年 月 日			
	介護サービス事業者名	住所名称	電話		
示談等の交渉状況		成立した・成立していない・交渉中（平成 年 月 日現在）			

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

住所 串本町 _____

氏名 _____ 印 _____

串本町長 殿

※ 被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。

様式第10号

念 書

平成 年 月 日 _____ において _____ の不法

行為により _____ の被った保険事故について 国民健康保険法による保険給付
介護保険法による保険給付
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
介護保険法第21条第1項の規定に
高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項

よって 保険者
広域連合 が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに

異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1. 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 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)をまれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。

平成 年 月 日

住 所 串本町

氏 名 _____ 印

串本町長 殿

誓 約 書

貴(市・町・村・組合)の国民健康保
介 護 保 険 の 下 記 被 保 険 者 保 険 給 付
後 期 高 齢 者 受 給 者 が 受 け た 医 療 給 付 は、私 の 不 法 行 為

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 確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
医療給付額
2. 貴殿の書面承諾なしに示談した時は、国民健康保険給付分
介護保険給付分 に関し何人に対しても示談
後期高齢者医療給付分
の効力を主張しないこと。

平成 年 月 日

加害者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

串本町長 殿

記

被害者	住所	串本町
(被保険者)	氏名	

個人情報の第三者提供に関する同意書

平成 年 月 日 _____ の不法行為により _____ の
被った保険事故について、貴町が取得した損害賠償権の行使にあたり、貴町が
保有する下記の個人情報を損害保険会社等に対する第三者行為の求償事務のため、
損害保険会社等に提供することに同意いたします。

記

- 1 保険事故に関する国民健康保険・介護保険・老人保健医療診療報酬明細書等
- 2 念書
- 3 その他 ()

平成 年 月 日

住所 串本町 _____

氏名 _____ (印)

串本町長 様