

第三者行為による傷病届（個人賠償保険等）

項 目		内 容				
（被 保 険 者 名 等） 届 出 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		
	※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	届出者情報	ふりがな	生年月日		
		氏名 / 生年月日	氏名	年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()			
（受 診 者） 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日	ふりがな	届出者との関係	生年月日		
	住所 / 電話	氏名		年 月 日		
		〒		TEL ()		
（第 三 者） 加 害 者	氏名	ふりがな				
	住所 / 電話	氏名		TEL ()		
		〒				
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃				
	事故発生場所					
	事故の原因及び状況					
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 （※事故発生状況報告書・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック）				
個 人 賠 償 保 険 等 （加 害 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 ()			
	担当者名 / E-mail	ふりがな	E-mail			
	保険契約者名	氏名				
	住所	ふりがな				
		氏名				
	住所	〒				
	保険期間 / 契約番号	保険期間	契約番号			
		年 月 日 ~ 年 月 日	第 号			
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名	入院	治療開始日	年 月 日	
			有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒	TEL ()			
	※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	治療開始日	年 月 日	
			有 / 無	治療終了(見込)	年 月 日	
		〒	TEL ()			
		③ 診療機関名	入院	治療開始日	年 月 日	
有 / 無			治療終了(見込)	年 月 日		
	〒	TEL ()				
傷病届作成日 / 作成支援の有無	年 月 日	本届出書を損害保険会社等（業務委託先を含む）の支援を受けて作成した場合はチェック				

（注）本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

事 故 発 生 状 況 報 告 書 （個人賠償保険等）

甲 加害者 (第三者)		乙 被害者 (被保険者)	
発生日時	年 月 日 時 分 頃 (曜日)		
発生場所			
事 故	自転車事故・ペットなどの噛みつき・子どもや重度の認知症患者等の加害行為による負傷 その他 ()		
事 故 発 生 の 状 況 (経 緯)	(This area is intentionally left blank for the accident details.)		
事 故 状 況 図	(This area is intentionally left blank for the accident diagram.)		

上記のとおり報告します。

※署名又は記名・押印

年 月 日

報告者(被保険者) _____ ;
 ※未成年の場合は親権者等

印

長 殿

※〇〇市町村、〇〇国民健康保険組合、
〇〇県後期高齢者医療広域連合

誓 約 書

貴(市・町・村・組合・広域連合)の 国民健康保険 介護保険 の下記 被保険者が受けた 保険給付
後期高齢者医療 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
介護保険給付分に限り何人に対しても示談
後期高齢者医療給付
の効力を主張しないこと。
3. 上記1の支払いに充てるため 保険株式会社(農業協同組合)
に対して有する損害賠償責任保険(共済)から受けるべき保険金(共済金)中、
保険給付額
医療給付額 を限度として貴殿が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者
の受領権行使をしないこと。

年 月 日

誓約者 住所

氏名

印

保証人 住所

氏名

印

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) ※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入して下さい。

御中

※〇〇市町村、〇〇国民健康保険組合、
〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

同意書

私が加害者 _____ に対して有する損害賠償請求権は、法令 (注1) 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、次の事項に同意します。

- 1 保険者 (注2) 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。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害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。
- 3 保険者が医療機関等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。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要なと認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

(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、

介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、

高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第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。