

【第三者の行為による傷病届記入例】(交通事故以外の場合)

様式4号の2

第三者の行為による傷病届 (交通事故以外)

国民健康保険法施行規則第32条の6(高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、介護保険法施行規則第33条の2)の規定により次のとおりお届けします。

平成 30 年 6 月 〇 日

事故の過失割合に関係なく、国保(後期高齢者医療、介護保険)の被保険者であるあなたを被害者欄に記載してください。

世帯主 住所 ○〇市○町○番○号
氏名 国保 太郎
電話 ××××-××-××××

事故の相手方について、分かる範囲で記入してください。

フリガナ	コタホ ハナコ	生年月日	明大 昭平 19年1月1日 (74才)		
氏名	国保 花子	性別	男・女	職業	無職
法制	国保・退職	記号番号	123456(保険証の番号)	個人番号	××××××××××××(12桁)
	後期高齢者	被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。
	介護保険	被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。

国保の方は個人番号(マイナンバー)を記入してください。
※後期高齢者・介護保険被保険者の方は記入の必要ありません。

事故の相手方の自賠責保険について、分かる範囲で記入してください。

住所	○〇市○町○番○号				
電話(連絡先)	(0×0) ×××× - ××××				
加害者	住所	△△町大字△△△番△号			
	電話(連絡先)	(0123) 45 - 6789			
責任者との関係	フリガナ	カガイ ハナ	性別	男・女	年齢
	氏名	加害 花		45才	職業
関係	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他()			
	住所(所在地)	△△町大字△△△番△号			
	電話(連絡先)	(0999) 45 - 6789			
	名称	◆◆◆ダイケアサービス			
代表者	施設長 □□ □□				
加害者との関係	使用者・所有者(占有者)・保護者・その他()				
加害者の賠償責任保険の有無	⑥ (保険会社等の名称 施設賠償責任保険 担当者名 ○〇様)・無・不明				

国保等を使用して受診した医療機関等について給してください。

事故の相手方の任意保険について、分かる範囲で記入してください。

受傷の内容を分かる範囲で詳しく記入してください。

受傷日時	平成 30 年 5 月 〇 日 午前 11 時 30 分頃 午後		
受傷場所	〇〇町大字△△△番△号		
受傷の内容	(どのようにして受傷したか具体的に記入してください) ※種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 訪問介護サービスの利用中に、自宅前に駐車された加害者運転の介護車両の助手席に座るために、助手席のシートを伝いながら		
	警察署への届	届出済・未届	警察署
目撃者	あり()・なし()		
心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気()	
	被害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気()	
治療関係	治療機関の所在地・名称	〇〇市 ■■医院	
示談	診療の期間(見込期間)	平成 30 年 5 月 〇 日より 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで
	示談が成立した(平成 年 月 日) 示談をする予定(月 日)	平成 年 月 日 交渉中 示談はしない	
損害賠償金を受領した場合	名目	金額又は品名	受領年月日
	治療費	10,000 円	
損害賠償に関する交渉の経過	窓口負担分は加害者が支払いをしている。		
1. 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。 2. 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。 3. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。 4. 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。			
連絡先	担当者(〇〇) 電話(××-××××)		

第三者の行為による受傷で、警察に届出されていれば、「届出済」となります。