

第三者行為による傷病届

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 36- 〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者名 神奈川県建設連合国民健康保険組合
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	ふりがな 氏名 / 生年月日 氏名 〒 ×××-×××× 住所 / 電話	生年月日 昭和50年 〇 月 △ 日 TEL ×××-▲▲-〇〇〇〇
	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 ×××-×××× 住所 / 電話	届出者との関係 生年月日 平成12年 〇 月 □ 日 TEL ×××-▲▲-〇〇〇〇
(加害者) 加害者	氏名	ふりがな 氏名 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 / 電話	TEL 〇〇〇-×××-▲▲▲▲
	住所 / 電話	ふりがな 氏名 〒 ×××-×××× 住所 / 電話	TEL ×××-▲▲-〇〇〇〇
事故発生状況	事故発生日時	令和 3 年 10 月 1 日 午前 / 午後 10 時 30 分頃	
	事故発生場所	▲▲市□□□27-1 (〇〇公園)	
	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)	
自賠償保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 ふりがな 氏名	登記番号 車台番号
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号
	保険期間 / 自賠償証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠償証明書番号 第 号
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 ●●●損害保険株式会社	担当部署
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ▲▲-〇〇〇-××××
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail
	保険契約者名	ふりがな 氏名	
	住所	〒	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号 第 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険 会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合 は右欄を記入 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	保険会社名 担当者氏名	担当部署 TEL
	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※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。	① 診療機関名 〇〇病院 〒	入院 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>
治療 状況	② 診療機関名 △△診療所 〒	入院 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	治療開始日 令和 3 年 10 月 10 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL
	③ 診療機関名 〒	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日 TEL
	傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和 3 年 10 月 10 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 <input type="checkbox"/>

(注) 本書は、自賠償共済、任意共済の場合、自賠償保険、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 実 申 立 書

令和 3 年 10 月 5 日

神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長

住 所 ▲▲市○○ 123-45
(居住地)

氏 名 国保 花子 国保印

傷害事件等において被害を受けましたので、下記の事実を申し立てます。

- 1 事件発生年月日 令和 3 年 10 月 1 日
- 2 事件発生場所 ▲▲市□□□ 27-1 (○○公園)
- 3 事 件 状 況 _____

○○公園を散歩中、突然犬にかまれて手を負傷。

【第三者(相手方)の保険情報等】

任意保険(対人)の有無 ※ 個人賠償責任保険 の場合も含む	有 ・無	[会社名] ●●●損害保険会社	電話 ▲▲-○○○ -××××	担当者 損保 三郎
損害賠償に関する 交渉の経過	示談成立 の有無	有 無	年 月 日成立	[交渉経過]

※ 傷病の原因が交通事故以外の第三者行為の場合に記入してください。

同意書

私が加害者 神奈川 一郎 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。

令和 3 年 10 月 10 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所 神奈川県▲▲市〇〇 123-45

氏名 国保 花子 (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。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、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、介護保険法第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。

誓約書

貴 国保組合 の国民健康保険の被保険者 **国保 花子** が受けた保険給付は、
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します。

- この傷害に係る損害賠償請求権を保険給付額の限度において代位取得し、損害賠償金(保険給付)の請求を受けたときは、私の過失割合の範囲において支払うことを確約します。
- 自動車損害賠償責任保険(共済)から支払われる損害賠償金が不足した場合で、私に請求したときは、損害賠償に応じることを確約します。

令和 3 年 10 月 10 日

誓約者 住 所 ○○市××区 1-2-3
氏 名 神奈川 一郎



神奈川県建設連合国民健康保険組合 理事長 殿

事故発生年月日	令和 3 年 10 月 1 日	事故発生場所	××市▲▲ 3-2-1
※当事者との関係			
連帯保証人			

※印欄は、誓約者と当事者が異なる場合のみ記入してください。