

## 第三者行為による傷病届

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号(被害者) 36- ○○○○○○○○○○○	保険者名 143065 神奈川県建設連合国民健康保険組合	
	保険者の住所(届出先)	〒 221-0045 神奈川県横浜市神奈川区神奈川2-19-3		
	届出者氏名 <small>※組合員又は被害者氏名</small>	ふりがな <span style="color: red;">こくほ たろう</span> 氏名 <span style="color: red;">国保 太郎</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">国保印</span>		
(受診者) 被害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな <span style="color: red;">こくほ はなこ</span> 氏名 <span style="color: red;">国保 花子</span>	男性 / <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女性</span> / 20 歳	
	続柄 / 生年月日	届出者との関係 <span style="color: red;">子</span>	<span style="color: red;">平成 12 年 8 月 10 日</span>	
	住所 / 電話	〒 <span style="color: red;">xxx-xxxx</span> <span style="color: red;">▲▲市○○ 123-45</span>	TEL <span style="color: red;">○○○-xxx-▲▲▲▲</span>	
	備考			
(第三者) 加害者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな <span style="color: red;">かながわ いちろう</span> 氏名 <span style="color: red;">神奈川 一郎</span>	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">男性</span> / 女性 / 50 歳	
	住所 / 電話	〒 <span style="color: red;">○○市××区 1-2-3</span>	TEL <span style="color: red;">xxxx-▲▲-○○○○</span>	
事故発生	事故発生日時	<span style="color: red;">令和 2 年 10 月 1 日</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午前</span> 午後 10 時 30 分頃		
	事故発生場所	<span style="color: red;">▲▲市□□□27-1(○○公園)</span>		
自賠責保険 (加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	登録番号			
	車台番号			
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名	<span style="color: red;">●●●損害保険会社</span>		
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL <span style="color: red;">▲▲-○○○-xxxx</span>	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名 <span style="color: red;">そんぼ さぶろう</span> <span style="color: red;">損保 三郎</span>	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな <span style="color: red;">かながわ いちろう</span> 氏名 <span style="color: red;">神奈川 一郎</span>		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	TEL	
治療状況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 <span style="color: red;">□□病院</span>	治療開始日 <span style="color: red;">令和 2 年 10 月 1 日</span> TEL	
	所在地	〒	入院の有無 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> / 無	
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名 <span style="color: red;">△△診療所</span>	治療開始日 <span style="color: red;">令和 2 年 11 月 1 日</span> TEL	
	所在地	〒	入院の有無	有 / <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、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記載して下さい。)

# 事 実 申 立 書

令和 2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 2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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・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	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・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、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、保険者が医療機関に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、医療機関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。

- 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。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 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 2 年 10 月 10 日

届出者（被害者）

住所 ▲▲市〇〇 123-45

氏名 国保 花子



（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

（注2）国民健康保険およ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

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限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 **2**年 **10**月 **10**日

誓約者 住 所 **〇〇市××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 <b>2</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	事故発生場所	<b>××市▲▲ 3-2-1</b>
※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。