

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被害者 (受診者)	被保険者 記号	土浦		被保険者 番号	(枝番) -	
	氏名				年 月 日生	世帯主と の続柄
	住所				電話番号	( )
	個人 番号					
加害者 (第三者)	氏名 (名称)				年 月 日生	職業
	住所				電話番号	( )
加害者の 使用者・ 監督義務者等	氏名 (名称)				第三者と の関係	
	住所				電話番号	( )
傷病の発生	日時	年 月 日	午前/午後	時 分頃		
	場所					
傷病の程度						
国民健康保険 による診療		年 月 日	～	年 月 日	( 入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )	
診療を受けた 保険医療機関等 (接骨院などすべて)						
傷病の原因 又は状況						
損害賠償に関する 交渉の経過		相手との示談は <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済んでいる ( 示談書等が <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )				
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。						
年 月 日 世帯主 住 所						
氏 名 <span style="float: right;">(印)</span>						
電話番号						
(届出先) 土浦市長						
<b>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ものではありません。</b>						
注 1 傷病の原因又は状況はできるだけ詳細に記入してください。						
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品をどれだけ受け取った、医療費、付添い費用はどちらで負担する、過失割合等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。						
3 後日調査の必要上、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。						

## 事故発生状況報告書（交通事故以外）

加害者 (第三者)		被害者 (被保険者)	
事故	ペットの噛みつき ・ 第三者の暴力行為等による負傷 その他 ( )		
※事故状況の説明を書いてください			
※上記説明の図を書いてください	事故発生状況略図 (被害の状況をできる限り詳しく図示してください。)		
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 (アルバイト等含む) <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	労災特別加入※	<input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無 <small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険 勤務中等の事故で被害者が代表取締役等役員の場合のみ記入</small>	

上記内容に間違いありません。

年   月   日

届出者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
 被害者との関係 ( )

## 念書及び同意書

年 月 日において(加害者)

(被害者) の被った保険事故について、国民健康保険法(以下「国保法」という。)による保険給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、国保法第64条第1項の規定により、保険給付を行った価額の限度において(保険者) 土浦市 (以下「保険者」という。)が代位取得し、行使することについて同意し、かつ賠償金を受領することに異議がないことをここに書面をもって、申し立てます。

なお、その他の助成を受けた場合も同様とし、あわせて次の事項を遵守することを誓います。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
- 2 万一、保険者に無断で示談を結んだ場合は、国保法第64条第2項の規定によって、保険者より給付を受けた価額の限度において損害賠償の責に任ずること。
- 3 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 4 加害者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額(評価額)をもれなく、かつ遅延なく保険者に届け出ること。
- 5 治療が終了した場合、速やかに保険者に連絡すること。
- 6 保険給付後に負傷原因が給付制限に該当すると判断した場合、保険給付した医療費を速やかに保険者へ返還すること。また、保険者が医療機関へ診療報酬明細書を返戻することに異議を申し立てないこと。

また、次の事項に同意します。

- 1 損害保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳等の情報について、関係損害保険会社が保険者及び損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている者へ情報を提供し、それらを受けすること。
- 2 保険者が損害賠償請求事務において必要な診療報酬明細書及び傷病届等資料の写し、並びにこの念書及び同意書を関係損害保険会社へ提供すること。
- 3 保険者が保険給付又は損害賠償事務に必要なと認める場合、警察、地方公共団体、検察、医療機関、保険会社、他の保険者等の各機関に対し調査・照会を行い、回答を得ること。
- 4 保険者が前項の調査・照会によって各機関に資料の開示を求め、提供を受けすること。
- 5 保険給付後に負傷原因が給付制限に該当すると判明した場合、保険者が医療機関に診療報酬明細書を返戻すること。
- 6 求償事務を保険者が必要とする範囲で茨城県国民健康保険団体連合会に委任すること。

年 月 日

(被保険者又は親権者)

住所  
氏名



土浦市長 殿

## 誓 約 書

貴市の国民健康保険の下記被保険者が受けた保険給付は、私の行為に基づくもので、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。
2. 貴殿の承諾なしに示談したときは国民健康保険分に関し、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓 約 者 住 所

氏 名

印

保 証 人 住 所

氏 名

印

土浦市長 殿

加 害 者 (第三者)	住 所		
	氏 名		誓 約 者 との続柄
被 害 者 (被保険者)	住 所		
	氏 名		