

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	世帯主との続柄	国保・退本・退家・国老・後期
	氏名		被保険者証記号番号
	明・大・昭 年 月 日生 ( ) 歳		
	電話	携帯	
事故の 状況	発生日時	年 月 日	午前・午後 時 分頃
	発生場所		
	原因・状況		
診療 関係	傷病名	初診日	年 月 日
		治癒までの見込み	入院 日 通院 日
	病院名	治療期間	～
		治療期間	～

相 手 方	フリガナ	電話（自）
	氏名	（勤） 携帯
	住所	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	示談状況	
	保険会社	保険会社名
証券番号		担当者

上記の通りお届けします。

令和 年 月 日 住所

保険者（大分県後期高齢者医療広域連合長）様 氏名

TEL

印

## 事故発生状況報告書（交通事故以外の第三者行為）

被 害 者	住 所			
	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日生
	職 業		電話番号	
加 害 者	住 所			
	氏 名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	職 業		電話番号	
事故発生日時		年 月 日	午前・午後	時 分頃
事故発生場所				
事 故 状 況	※ 略図または説明を記入してください。			

上記のとおり報告致します。

令和 年 月 日

作成者（被害者、加害者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 念 書 (被保険者側)

私が 年 月 日 において の  
不法行為により被った保険事故について高齢者の医療の確保に関する法律による保  
険給付を受けた場合は、高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定によ  
り保険給付額の限度において、保険者（広域連合）が相手に対する損害賠償請求権を  
法律上当然に取得、行使しかつ賠償金を受領することを理解しましたので下記の事項  
を遵守することを書面を持って誓約します。

### 記

1. 相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者（広域連合）にその内  
容を申し出、承諾を得ること。
2. 相手側に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手側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、  
かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
4. 本件の事故により受診した医療機関等から保険者（広域連合）及び国保連合会が  
事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から説明を受  
けることに同意します。
5. 本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の  
写しを高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項に基づき取得した損害賠  
償請求権行使の資料として、国保連合会が損害保険会社等に対して提出する事に  
同意します。

令和 年 月 日  
住所  
氏名 印

広域連合長 様

# 誓 約 書 (相手者側)

貴 (市・町・村・国保組合・広域連合) の国民健康保険 (後期高齢者医療) の下記被保険者 (受給者) が受けた保険給付 (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 (医療給付額) 確定時に損害賠償金を当方の過失割合により貴殿に支払いすること。
- 2 貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分 (後期高齢者医療給付分) に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和 年 月 日

誓約者 住所  
氏名 印

連帯保証人 住所  
氏名 印

市 町 村  
国保組合理事 長 様  
広 域 連 合 記

加 害 者	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

加害者が未成年の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※ 印欄は誓約書と加害者が異なる場合のみ記入してください。

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	〇 〇 〇 〇	世帯主との続柄	国保・退本・退家・国老・後期	
	氏名	〇〇 〇〇		被保険者証記号番号	
	明・大・昭	〇年 〇月 〇日生 ( 〇 ) 歳		00000000	
	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯		
事故の 状況	発生日時	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	午前・午後	〇 時 〇〇 分頃	
	発生場所	〇〇市〇〇町〇番〇号			
	原因・状況	(例) 犬に噛まれて転倒して骨折した。			
診療 関係	傷病名	大腿骨骨折	初診日	〇〇 年 〇 月 〇 日	
			治癒までの見込み	入院 日 通院 日	
	病院名	〇〇病院	治療期間	～	
			治療期間	～	

相 手 方	フリガナ	□ □ □ □	電話(白)	□□□-□□□-□□□□
	氏名	□□ □□	(勤)	
	住所	□□市□□町□□番□□号		
	示談状況	明・大・昭・平・令〇年 〇月 〇日生		
	保 険 会 社	保険会社名	□□□□□□	電話
証券番号		□□□□□□	担当者	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

上記の通りお届けします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

保険者（大分県後期高齢者医療広域連合長）様

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

氏名 〇〇 〇〇

TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

印

事故発生状況報告書（交通事故以外の第三者行為）

被害者	住所	〇〇市〇〇町〇番〇号		
	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日生
	職業	〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
加害者	住所	〇〇市〇〇町〇番〇号		
	氏名	〇〇 〇〇	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
	職業	〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
事故発生日時		〇〇年 〇月 〇日 午前・午後 〇時 〇分頃		
事故発生場所		〇〇市〇〇町〇番〇号		
事故状況	※ 略図または説明を記入してください。			
	事故の内容を記入 例) 〇月〇日〇〇〇の路上において、犬に噛まれてそのはずみで転倒して骨折した。			

上記のとおり報告致します。

令和 年 月 日

作成者（被害者、加害者）

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

氏名 〇〇 〇〇 印