

様式 4 号の 2

第三者行為による傷病届（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。

年 月 日

様

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

被害者	フリガナ				生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 (才)				
	氏名				性 別 (任意)	男・女	職 業			
		国保・退職	記号番号						個人番号	
	法制	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。				
電話 (連絡先) ※		() -			※日中連絡可能な連絡先を記載してください。					
第三者 (加害者) 関係	加害者	住所※								
		電話 (連絡先)	() -							
		フリガナ				性 別 (任意)	男・女	年 齢	才	職 業
		氏名※								
	責任者との関係	本 人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他 ()								
責任者 (使用者・所有者)	住所 (所在地)									
	電話 (連絡先)	() -								
	名称									
	代表者									

	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	有（保険会社等の名称 担当者名 ）・無・不明		
受傷の内容	受傷日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃
	受傷場所			
	受傷原因と状況	(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 <input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input type="checkbox"/> 施設での事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他		
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署	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	傷病名			
	医療機関の所在地・名称			
	診療の期間（見込期間）	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別（入・外）
示談	示談が成立した（ 年 月 日）・交渉中・示談はしない 示談をする予定（ 月ごろ）・裁判の見込み			
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	
損害賠償に関する交渉の経過				

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。
- 5 性別の記入は任意です。

連 絡 先	課 係	担当者 () 電 話 ()
-------	-----	--