

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	明 大 昭 平 年 月 日 （ 才 ）					
	氏名				性 別	男 ・ 女	職 業				
	法制	国保 ・ 退職	記号番号		個人番号						
		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	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・所有者等〕	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 時 分頃 午後			
	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 ☒ を記入 ☐けんか ☐動物による咬傷 ☐施設での事故 ☐食中毒 ☐家庭内暴力 ☐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。

連 絡 先	課 係 担当者 () 電 話 ()
-------	--