

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届(交通事故)

被保険者	被保険者証の番号							フリガナ		生年月日	年 月 日
	電話番号										
事故の状況	発生日時	年 月 日			午前		時	分頃		午後	
	発生場所										
	事故原因及び状況										
診療関係	傷病名及び傷病の程度							初診	年 月 日		
								治癒までの見込	入院 通院 費用	日 日 円	
	保険医療機関	住所				名称			電話番号	() -	
		住所				名称			電話番号	() -	
相手方に関する事項	本人	住所				氏名			生年月日	年 月 日	
		電話番号									
	使用者	住所				名称			代表者		
		電話番号	() -								
	自賠責保険	保険会社	名称				電話番号	() -			
		保険契約者	住所				氏名				
		保有者	住所				氏名				
		運転者	住所				氏名				
		保険証明書の番号						保険期間	年 月 日 年 月 日		
	車種				登録番号			車台番号			
任意保険	保険会社	名称				電話番号	() -				
	保険証券の番号						保険期間	年 月 日 年 月 日			
示談等の交渉状況											

被保険者の人身傷害補償保険について	有	契約保険会社名			担当者名		
	無				電話 ()	-	

上記のとおり届出します。








年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(相手方)	氏名		乙(被保険者)	氏名		<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗 <input type="checkbox"/> 甲車 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 甲車以外の車 <input type="checkbox"/> その他
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h (制限速度	km/h)
道路状況	見通し	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	道路幅	甲車側 (m)	甲車以外の車側 (m)	
信号又は標識	信号	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	一時停止標識	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他標識	
事故発生状況を图示してください	事故発生状況略図 (道路幅を m で記入してください)					
	甲車					
	甲車以外の車					
	進行方向					
	信号					
	一時停止					
	一方通行					
	人					
	自転車 オートバイ					
上記図の説明を書いて ください	_____ _____ _____ _____ _____					

年 月 日

甲との関係 ()

乙との関係 ()

氏名 _____ (印)

※署名又は記名・押印

電話 _____ () _____

第三者傷害基本調査書（自動車事故）

事 故 発 生 年 月 日		年 月 日 午 前 後	時 分 頃	
事 故 発 生 場 所				
自 賠 責 保 険	保 險 会 社 名			
	証 明 書 番 号			
	保 険 契 約 者	住 所		
		氏 名		
	自 動 車	種 別		
		都道府県名		
		登録又は車両番号		
		車台番号		
	保 險 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日	
	保 有 者	住 所		
		氏 名		
	運 転 者	住 所		
氏名性別及び年齢		男・女	歳	
保有者との関係				
任 意 保 険	有 無		有 無	
	保 險 会 社 名			
	証 券 番 号			
	保 険 契 約 者	住 所		
		氏 名		
保 險 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日		
備 考				

念 書

____年 ____月 ____日 _____において_____(相手方)の不法行為により_____(私)の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医療給付を受けた場合は、私が相手方に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項の規定によって保険者が給付の価額の限度において取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申立てます。

なお、併せて次の 1 から 3 については遵守することを誓約し、4 から 7 については同意します。

1. 相手方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. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方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. 保険者またはその委託するものが、私が受診した保険医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。
5. 保険者またはその委託するものが、損害保険会社等から、事故態様、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）、その他必要な情報の提供を受けること、また損害賠償請求を行うにあたって、必要な資料（医療給付額の算出基礎となる資料等）を損害保険会社等へ提供すること。
6. この念書をもって 5 項に掲げる事項に対応する損害保険会社等への同意を含むこと。
7. この念書を損害保険会社等へ提示すること。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

※署名又は記名・押印

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

誓約書

年 月 日 において、保険者が行う後期高齢者医療の被保険者 が受けた医療給付は、誓約者の不法行為（交通事故）に基づくものですので、書面をもって次の1から3については遵守することを誓約し、4及び5については同意します。

1. 保険給付額確定時に損害賠償金を保険者に支払すること。
2. 保険者の書面承諾なしに示談したときは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。
3. 上記1の支払いに充てるため _____ 保険会社（農業協同組合）に対して有する自動車損害賠償責任保険（共済）から受けるべき保険金（共済金）中、保険給付額を限度として保険者が優先的に受領することを承認し、同優先部分については誓約者の受領権行使をしないこと。
4. 貴殿またはその委託するものが、損害賠償請求に関する必要な事項（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（その見込みを含む。）等）について、損害保険会社等から情報の提供を受けること、また、損害賠償請求に関する必要な資料について、損害保険会社等へ提供すること。
5. この誓約書を損害保険会社等へ提示すること。

年 月 日

誓約者 住 所
氏 名

㊞

※署名又は記名・押印

保証人 住 所
氏 名

㊞

※署名又は記名・押印

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく損害賠償請求に伴う個人情報提供
の同意について

本件事故について、島根県後期高齢者医療広域連合が高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、第三者行為の事由により保険給付した損害賠償金を請求する際の関係書類として、本書（写）及び下記書類を島根県国民健康保険団体連合会及び 保険会社（農業協同組合）へ提供することについて同意する。

記

- ・ 第三者行為による傷病届（写）
- ・ 事故（事件）発生状況報告書（写）
- ・ 念書（写）
- ・ 誓約書（写）
- ・ 第三者傷害基本調査書（自動車事故）（写）
- ・ 交通事故証明書（写）
- ・ 印鑑証明書（写）
- ・ 診療報酬明細書（写）
- ・ 診断書（写）
- ・ 示談書（写）
- ・ 人身事故証明書入手不能理由書（写）

令和 年 月 日

住所

氏名

印

※署名又は記名・押印

島根県後期高齢者医療広域連合長 様