

第三者行為による傷病届

記入方法

項 目		内 容	
(被保険者名等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 大東 123-45678 保険者名 大東市	
	届出者情報 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日	ふりがな だいとう いちろう 氏 名 大東 一郎 生年月日 1990 年 月 日
	住所 / 電話	〒 大阪府大東市谷川 1 丁目 1 番 1 号 TEL 072 870)	
	届出者の情報と同じ場合はチェック ☒	届出者との関係	生年月日 年 月 日 TEL ()
(被害者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日	氏 名 大東 二郎 TEL ()	
	住所 / 電話	〒 大東 二郎 TEL ()	
(加害者) 加害者	氏 名	ふりがな だいとう じろう 氏 名 大東 二郎 TEL ()	
	住所 / 電話	〒 大東 二郎 TEL ()	
事故発生状況	事故発生日時	2024 年 4 月 1 日 午前 / 午後 時 分頃	
	事故発生場所	大阪府大東市谷川 1 丁目 1 番 1 号先路上	
自賠責保険 (加害者)	登録番号 / 車台番号	登録番号 車台番号	
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 自賠責証明書番号 第 号	
任意保険 (加害者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 × × 損害保険会社 担当部署	
	取扱店所在地 / 電話	〒 TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏 名 TEL ()	
	保険契約者名	ふりがな 氏 名 TEL ()	
	住所	〒 TEL ()	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日 契約番号 第 号	
任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社の関与		被害者加入の保険会社の関与 有 ☐ 無 ☐	
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了 (見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号	〒 TEL ()	
	※治療終了日 (見込) については可能な範囲でご記入ください。	② 診療機関名 TEL ()	
		③ 診療機関名 入院 治療開始日 年 月 日 有 / 無 治療終了 (見込) 年 月 日	
		〒 TEL ()	
		TEL ()	
傷病届作成日 / 作成支援の有無		2024 年 5 月 1 日 本届出書を損害保険会社等 (業務委託先を含む) の支援を受けて作成した場合はチェック ☐	

(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。

大東市

御中

※〇〇健康保険組合、全国健康保険協会〇〇支部、〇〇市町村、
〇〇国民健康保険組合、〇〇県後期高齢者医療広域連合 等

記入方法

同意書

私が加害者 大東 二郎) に対して有する損害賠償請求権は、法令 (注1) により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、次の事項に同意します。

- 1 保険者 (注2) が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者は受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること。
- 3 保険者が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 保険者が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者 (保険会社・共済団体) と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者 (保険会社・共済団体) に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者 (保険会社・共済団体) から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

2024 年 5 月 1 日

内容を確認し、被保険者(被害者)の自署もしくは記名押印をお願いします。
未成年の場合は、親権者がご記入下さ

受診者 (未成年の場合)

住所

氏名

(印)

※署名又は記名押印

(注1) 各保険における根拠法令は次のとおりです。

健康保険：健康保険法第57条、船員保険：船員保険法第45条、国民健康保険：国民健康保険法第64条1項、
後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第58条1項、介護保険：介護保険法第21条第1項

(注2) 国民健康保険、後期高齢者医療、介護保険については、それぞれ国民健康保険法第64条3項、
高齢者の医療の確保に関する法律第58条3項、介護保険法21条第3項の規定に基づき、
損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含みます。

記入方法

(保険者名を記載ください)

御中

相手(加害者)が記入する書類です。

相手に記入いただけない場合は、その旨を空いている箇所にご記入ください。

誓 約

貴(市・町・村・組合・後期高齢者医療広域連合)の~~国民健康保険~~後期高齢者医療の下記被保険者が受けた~~保険給付~~医療給付は、私の不法行為(交通事故等)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 相手(加害者) ⑩

保証人 住 所 _____
氏 名 相手(加害者)の損害保険会社 ⑩

記

加 害 者 (第 三 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者)	住 所			
	氏 名			

(注) 加害者が未成年者の場合は親権者または世帯主が誓約書を記入してください。

※印欄は誓約者と第三者が異なる場合のみ記入してください。