

様式第4号(その1)(第3条関係)

第三者行為による被害届

個人番号				国退後	
被害者		フリガナ		被保険者記号番号	
		氏名		世帯主との続柄	
		年 月 日生(歳)		電話番号	
第三者	本人	住所			電話
		フリガナ氏名	他 名		年 月 日生
	使用者	住所 名称 代表者名			電話
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
				国保(老健・後期)開始日	年 月 日
	治癒までの見込み	入院 日	通院 日	費用	円
	保険医療機関	住所名称	電話		
損害賠償関係	示談等の交渉状況				
	自賠責保険	保険会社名	電話	担当者	
		契約者名		証明書番号	
		保有者	住所		
	氏名				
	任意保険	保険会社	住所	電話	
名称			担当者		
証券番号		契約者名	保険期間		

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所
氏名

様

(注) 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。

様式第6号(その2)(第3条関係)

事故発生状況報告書(交通事故以外)

甲 第三者名		乙 被保険者 受給者 名	
被害の 概要	暴力行為(けんか等)・ペット等による咬傷・施設破損等による受傷・飲食店等での食中毒 ・その他()		
被害の 詳細	被害を受けた時の状況を詳しく記載してください。(図示も可) ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		

年 月 日

報告者 甲との関係() _____ 印
乙との関係() _____ 印

念 書

年 月 日 _____ において

_____ の不法行為等により _____ の被った

国民健康保険法による保険給付
保険事故について高齢者医療確保法による医療給付を受けた場合は、私が第三者に対して有
介護保険法による介護給付

国民健康保険法第64条第1項 保 険 者
する損害賠償請求権を高齢者医療確保法第58条第1項の規定によって市 町 村
介護保険法第21条第1項 後期高齢者医療広域連合
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し立てます。

つきましては、次の事項について同意します。

- 1 貴職が、賠償金の請求にかかる事務を鳥取県国民健康保険団体連合会に委託し、次に掲げる書類を提供すること。
ア) 診療報酬明細書等（診療報酬明細書、調剤報酬明細書、各種療養費支給申請書、介護給付費明細書、支援費支給関係情報等を含む。）の写し
イ) 介護度の認定に関する書類（主治医意見書等）の写し
ウ) 交通事故等犯罪被害を被った事実及びその内容がわかる書類
- 2 貴職又は鳥取県国民健康保険団体連合会（以下「貴職等」という。）が賠償金の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に前項に掲げる書類を添付すること。
- 3 私が損害保険会社等へ賠償金等の請求をし、それを受領したとき、貴職等が受領金額並びにその内訳等の各種情報について損害保険会社等に照会を行い、情報提供を受けること。
- 4 貴職等が医療機関等に対して当該事故による診療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。

あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 2 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者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、遅滞なく貴職に届け出ること。

年 月 日

住 所
氏 名



様

(注) 被保険者が未成年者の場合は、親権者が念書を差し入れてください。
第三者が複数の場合、全員を実名表記してください。

誓 約 書

国民健康保険 被保険者が受けた 保険給付
 貴(市・町・村・広域連合)の後期高齢者医療の下記 受給者 医療給付
 介護保険 介護給付

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貴殿に支払いすること。
 介護給付額

- 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
 介護保険給付分
 示談の効力を主張しないこと。

- 3 上記1の支払に充てるため _____ 保険株式会社(共済)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貴殿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。

年 月 日

誓約者 住所
 氏名 ⑩
 保証人 住所
 氏名 ⑩

様 記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
加 害 者	住 所	※		
	氏 名	※	誓約者との関係	※
被 害 者 (被保険者 受給者)	住 所			
	氏 名			

(注) 印鑑証明を添付してください。

加害者が未成年者の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

備考

自動車損害賠償責任保険(共済)の対象とならない損害賠償求償事務を行う場合にあつては、項番3の記載を削るものとする。