

### 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。

② 首長名 様

令和〇年 〇月〇日

③ 世帯主 住所 〇市〇町〇番〇号

① 氏名 国保 一郎

④ 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

被害者	フリガナ	コクホ ハナコ		生年月日	大 昭 平 令 〇年 〇月 〇日 (〇〇才)			
	氏名	国保 花子		性別 (任意)	男・女	職業	無職	
	法制	国保・退職	記号番号	〇〇・〇〇〇〇	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)※		(〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		※日中連絡可能な連絡先を記載してください。				
加害者	住所※	△市△町△番△号						
	電話(連絡先)	(△△△△) △△-△△△△						
	フリガナ	アイテ タロウ		性別 (任意)	男・女	年齢	△△才	
	氏名※	相手 太郎		職業	施設職員			
	責任者との関係	本 人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他 ( )						
第三者(加害者)関係	住所(所在地)	□市□町□番□号						
	電話(連絡先)	(□□□□) □□-□□□□						
	名称	□□デイケアサービス						
	代表者	施設長 □□ □□						
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 ◇◇保険 担当者名 ◇◇ ) ・ 無 ・ 不明							

### 第三者行為による傷病届の記入方法（交通事故以外の場合）

- ① 日付（記入日）を記入してください。
- ② 届出先（首長名）を記入してください。
- ③ 届出者は以下とすること。
  - ・国民健康保険の場合（国民健康保険法施行規則第32条の6）  
被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員
  - ・後期高齢者医療の場合（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条）  
被保険者
  - ・介護保険の場合（介護保険法施行規則第33条の2）  
第1号被保険者
- ④ 被害者欄  
過失割合に関係なく、国保（後期・介護）の被保険者を記入してください。  
個人番号（マイナンバー）は、国保の被保険者のみ記入してください。
- ⑤ 第三者（加害者）関係欄  
過失割合に関係なく相手（第三者）の情報を記入してください。  
責任者欄は必要に応じて記入してください。
- ⑥ 第三者（加害者）の賠償責任保険関係欄  
加害者加入の個人賠償責任保険の有無を記入してください。

⑦ 受傷の内容	受傷日時	令和〇年〇月〇日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 〇時 〇〇分頃		
	受傷場所	△市△町△番△号		
	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 介護施設内で加害者の補助を受けて歩行中に転倒した。 <input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input checked="" 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・ <input type="checkbox"/> 未届	所轄警察署	警察署
	目撃者	あり ( ) ・ <input type="checkbox"/> なし		
	心身の状況	加害者	<input type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )	
	被害者	<input type="checkbox"/> 正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )		
⑧ 治療関係	傷病名	右足骨折		
	医療機関の所在地・名称	〇〇病院	△△医院	
	診療の期間(見込期間)	令和〇年〇月〇日より 令和〇年〇月〇日まで 入院・外来の別(入・外)	令和〇年〇月〇日より 令和〇年〇月〇日まで 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)
⑨ 示談	示談が成立した( )年 月 日)・ <input type="checkbox"/> 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			
⑩ 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	
	治療費	50,000円		
⑪ 損害賠償に関する交渉の経過	本人負担分は加害者が支払っている。			

- ⑦ 受傷の内容欄  
受傷日時や原因を記入してください。
- ⑧ 治療関係欄  
国保、後期高齢者医療、介護保険を使用した医療機関名・介護事業所名、診療・介護サービスについて記入してください。
- ⑨ 示談欄  
届出時に既に示談が終了していた場合、示談書の写しを添付してください。
- ⑩ 損害賠償金を受領した場合欄  
加害者から損害賠償金を受領した場合は記入してください。  
例) 治療費として加害者から10万円受領した(令和〇〇年〇〇月〇〇日)。
- ⑪ 損害賠償に関する交渉の経過  
事故について交渉済や交渉中の内容があれば記入してください。  
例) 弁護士に依頼している。  
例) 自分(被保険者)が加入している保険会社に全て任せている。  
例) 裁判を予定している。

※傷病届の必要項目については、原則全て記入してください。  
加害者の協力が得られない等で、どうしても記入できない(不明な)内容がある場合は、空欄のまま提出しても構いませんが、後ほど確認のために照会させていただく場合がありますので御了承ください。

- 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。
- 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。
- 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。
- 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。
- 性別の記入は任意です。

連絡先	課 係	担当者 ( )
		電 話 ( )