

(様式4号)

第三者行為による傷病届

被保険者 (被害者)	フリガナ		保 険 者 名		
	氏 名				
	明・大・昭・平		被 保 険 者 証 番 号		
		年 月 日生 (歳)			
第 三 者	本 人	住 所	電 話		
		フリガナ 氏 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	
	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		
	介 護 保 険 に よ る 給 付	年 月 日 から している ・ していない			
	介 護 給 付 を 受 け た 事 業 所 名	当 初	転 移 後		
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 名 称	電 話	
証 券 番 号		保 険 期 間	担 当 者		

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住 所

氏 名








印

様



(注) 太枠は必ずご記入ください。

(様式3号)

事故発生状況報告書

甲 第三者名		乙 被保険者名		運 転・同 乗 歩 行・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)	
天 候	晴・曇・雨・雷・霧	交通状況	混 雑・普 通・閑 散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道 路 状 況	舗装 してある ・ 歩道 (両・片) あ る ・ 直線・カーブ してない 平坦 ・ 坂 ・ 見通し 良 い ・ 積雪路 ・ 凍結路 悪 い				
事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入して下さい)				
	<p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信 号 (青・黄・赤(点滅)) </p> <p>一時停止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 オートバイ </p>				
上記図の説明を 書いて下さい。					

年 月 日

報告者 甲との関係 () 氏名 
乙との関係 () 氏名 

(様式5号)

同 意 書

年 月 日 _____ において

_____ の不法行為により _____ の被った

保険事故について、介護保険法による介護給付を受けた場合は、私が第三者に対して有する損害賠償権を、介護保険法第21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し、行使し、かつ賠償金を受領すること、及び下記の事項に同意いたします。

記

- 1 貴職が、第三者行為による傷病届等の関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、第三者行為と因果関係のある介護サービスを確認するためのものとして、主治医意見書、訪問調査票、認定調査票特記事項、介護サービスに係る支給申請書のコピーおよびその他求償事務に関して必要な書類一式を損害保険会社等へ提出すること。
- 3 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を事業所、医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 4 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 5 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 6 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 _____ 印

様

注) 介護保険法第21条第3項に基づき損害賠償金の徴収または収納の事務を大阪府国民健康保険団体連合会に委託する場合があります。

(様式6号)

誓 約 書

貴（保険者）の介護保険の下記被保険者が受けた介護給付は、私の不法行為（交通事故）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. 介護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介護保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

年 月 日

誓約者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

様

記

保 有 者	住 所			
	氏 名		証 明 書 番 号	
加 害 者 (運 転 者)	住 所	※		
	氏 名	※	誓 約 者 と の 関 係	※
被 害 者 (要 介 護 認 定 者)	住 所			
	氏 名			

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。