

浜松市長 様

世帯主

氏名

第三者の行為による傷病届(交通事故以外による場合)

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により次のとおり届け出ます。

記

被保険者	住所		氏名		生年月日	
	電話				昭平令 年 月 日	
	被保険者証記号・番号		個人番号			
	世帯主から見た続柄		区分	一般・退本・退扶		
相手方	住所		氏名		生年月日	
	電話				明昭 大平令 年 月 日	
事故の内容	事故発生の日時	年 月 日		午前・午後	時 分頃	
	事故発生の場所			届出警察署		
	原因及びその状況			事故発生時の状況を示す略図		
傷病に関する事項	傷病の程度	治療中・治療完了				
	診療を受けた医療機関及び診療開始日	①	入院 通院	②	入院 通院	
	治療費の負担者	被保険者・加害者・その他 (加入の保険) (加入の保険) (詳細は右記)		住所 氏名	電話() -	
加害者の使用者または監督者 (加害者が従業中の場合)		住所	電話() -	氏名 (名称及び代表者)		
損害賠償に関する事項	損害賠償請求権を放棄	した・しない		放棄した場合の方法	口頭・文書	
	届出日現在の賠償金の受領	有	(「有」の場合)賠償金受領年月日		(「有」の場合)受領した費用について	
		無	年 月 日		1 自己負担金のみ 2 国保負担金を含む	
	対応する保険契約の状況	会社名・支店名	被保険者加入の契約		加害者加入の契約	
保険の種類・担当者		担当:	電話:	担当:	電話:	
備考						

【添付書類】同意書、誓約書

国及び

浜松市

御中

同意書

私が加害者（ ）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条1項により、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、保険者（注1）が損害賠償額の支払の請求を加害者又は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に同意します。

なお、私が損害保険会社等へ請求し、保険金等を受領したときは、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、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が加害者又は加害者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償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、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 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。
- 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 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。
- 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

令和 年 月 日

受診者（未成年の場合は親権者等）

住所

氏名

※署名又は記名・押印

（注1）国民健康保険法第64条3項規定に基づき損害賠償金の徴収又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

誓約書

令和 年 月 日

浜松市長 様

損害賠償 住所
義務者 氏名

印

国民健康保険
貴介護保険 の被保険者
高齢者医療

国民健康保険法
様が介護保険法
高齢者医療確保法
指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

国
によって受けた給付（支給）は、私の不法行為にもとづくものでありますので、保険者に
広域連合

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日	年 月 日
事故場所	
被保険者	住所
	氏名
支払方法	一括払 分割払 その他
備考	