

第三者行為求償事務・様式集

- 1 第三者行為による傷病届書
- 2 念書
- 3 確約書
- 4 第三者行為調査表（被保険者用）
- 5 第三者行為調査表（第三者用）
- 6 事故発生状況報告書（被保険者用・第三者用）

第三者行為による傷病届書

後期高齢者医療

被 保 険 者	被保険者番号			生年月日	明治・大正・昭和		
	氏名				年	月	日
	住所	〒 ー		(電話番号)			
第 三 者 (相 手 方)	氏名			生年月日	年	月	日
	住所	〒 ー		(電話番号)			
	勤務先	〒 ー		(電話番号)			
	自賠責保険	有・無	保険会社名				
			証明書番号				
任意保険	有・無	保険会社名					
		証券番号					
事 故 の 概 要	傷害区分	交通事故・けんか・その他()					
	傷病又は 負傷年月日	年	月	日	発生場所		
	事故の原因 及び状況						
	目撃者の氏名				住所		
治 療 状 況	保険医療機関の 名称				所在地		
	診療の期間 (見込期間)	年	月	日	～	年	月
示 談	1 示談は成立していない 2 交渉中 3 示談成立 (年 月 日)						
損害賠償金を受領した場合		名目		金額等		受領年月日	
上記のとおり届出します。							
令和 年 月 日							
被保険者氏名 (代筆者氏名 被保険者との続柄)							
高知県後期高齢者医療広域連合長 様							

※ 添付書類

- 1 示談が成立している場合は、示談書の写し
- 2 損害賠償請求権が放棄その他の理由で消滅しているときは、そのことを証するに足る書類

念書（兼同意書）

事故年月日	年 月 日	事故発生場所	
被害者の氏名		加害者の氏名	

上記事故に関し、後期高齢者医療による保険給付を受けた場合、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により高知県後期高齢者医療広域連合（以下「保険者」という。）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。

また、下記事項に関し、1から3については遵守を誓約し、4から6について同意します。

記

- 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
- 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 加害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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
- 本件事故に関し、保険給付の損害賠償金の請求上、必要とする範囲で保険者及び求償事務を委託した高知県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）が診療報酬明細書の写し及び傷病届書等資料の写し、並びにこの念書を損害保険会社等に対し利用又は提供すること。
- 保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳等について、保険者及び国保連合会が関係損害保険会社等から情報提供を受けること。
- 保険者及び国保連合会が本件事故に関し、保険給付または損害賠償請求事務に必要なと認める場合、警察、地方公共団体、医療機関、保険会社、他保険者等の各機関に対し、調査、照会を行い回答を得ること。また、必要に応じ各機関へ資料の開示を求め、提供を受けること。

令和 年 月 日

（被保険者） 住所 _____

氏名 _____ 印

（代筆者） 住所 _____

氏名 _____ 印

（被保険者との続柄 _____）

確約書

下記の事故による受傷者が後期高齢者医療により診療を受けて（受けることになって）おりますが、この診療に要する医療費については、高齢者の医療の確保に関する法律第58条の規定により、給付の価額の限度で受傷者が私に対して有する損害賠償請求権を取得した後期高齢者医療広域連合からの損害賠償請求に基づき、損害賠償することを確約いたします。

令和 年 月 日

支払義務者 住所

氏名

印

(電話)

連帯保証人 住所

氏名

印

(電話)

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

記

被保険者住所 (受傷者)		氏名		生年 月日	年 月 日
第三者住所		氏名		支払義務者との関係	
発病(負傷) 年 月 日	年 月 日	原因	1 交通事故 ・ 2 けんか ・ 3 その他		
事故発生 場 所					

(様式第3号の4)

第三者行為調査表 (被保険者用)			保険者	
			後期高齢者医療	
被保険者氏名	フリガナ	連絡先	電話 (自宅・呼出)	
治療等の関係	治療を受けた病院名	期間	後期高齢者医療使用の有無等	
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
		年 月 日～年 月 日	有・無	入院・通院
	治療の経過	治療中 ・ 治ゆ ・ 中止 ・ 死亡		
	まだ治療中であれば見込	年 月 ごろまで	入院・通院	治療を要する
	一部負担金の支払	・自分で支払った ・相手が支払った ・まだ払ってない (・自分が契約する・相手が契約する) 任意保険が支払った		
当面の対応について	1. 相手の任意保険が対応する	契約先	担当	
	2. 自分の任意保険が対応する 人身傷害補償保険 ・有・無	契約先	担当	
	3. 自賠責保険へ請求する	(下の自賠責保険関係欄に記入してください)		
	4. まだ決まっていない			
	5. その他			
(4または5の場合は特徴的なことを記入して下さい。)				
示談関係	※該当を○で囲んでください (月 日現在)			
	・ 成立している 成立年月日 年 月 日 ・ 成立していない ・ 交渉中 (成立すればただちに連絡してください)			
※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。				
免許証	もっている ・ もっていない	酒	飲んでいた ・ 飲んでいなかった	
自賠責保険関係	※ 自賠責保険への被害者請求について (該当を○で囲んでください。)			
	・ 請求済 (下記も記入してください) 仮 渡 円 内 払 円 (回) 本 請 求 円 (月 日ごろ) ・ 未請求 月ごろ請求する予定 (請求する前には必ずご連絡ください)			
第三者自宅電話	() —			
第三者の勤務先		電話		

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

(様式第3号の3)

第三者行為調査表 (第三者用)				被保険者名						
第三者氏名	フリガナ		連絡先	電話 (自宅・呼出)						
自賠責 保険 関係	契約先			証明書番号						
	保険契約者住所			氏名						
	保有者住所			氏名						
	運転者住所			氏名						
	車種別		登録番号		車台番号					
	保険期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日
	※ 自賠責保険への請求について (該当を○で囲んでください。)									
・ 請求済 本請求 円 (月 日ごろ)										
・ 未請求 月ごろ請求する予定 (請求する前には必ずご連絡ください)										
任意 保険	有・無	契約先			保険金額	万円				
	証券番号									
	保険契約者住所									
	保険期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日
	一括処理	・ している (担当 氏)				・ していない				
示談 関係	※ 該当を○で囲んでください (月 日現在)									
	・ 成立している 成立年月日 年 月 日									
・ 成立していない										
・ 交渉中 (成立すればただちに連絡してください)										
※ 成立している場合、その内容を記入または、示談書の写しを添付してください。										
免許証	もっている ・ もっていない		酒	飲んでいた ・ 飲んでいなかった						

※ 記入については、現在分かっている範囲で記入してください。

