

【後期高齢用】

第三者行為による傷病届

裏面の記載も
お願いいたします。

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

届出者
(被保険者)

住所

氏名

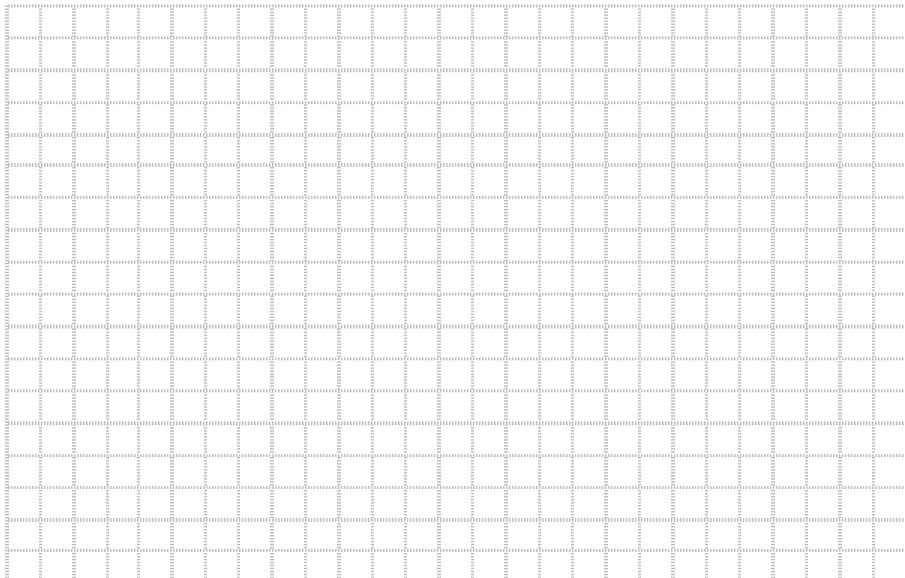
印

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定によりお届けします。

負傷者 (被保険者)	被保険者証の番号		()	
	負傷者 氏名 (明・大・昭 年 月 日生)	住所 電話 () -		
	負傷の 状況	負傷した日時 年 月 日 午前 時 分頃	負傷した場所(事故発生場所)	
		負傷の原因 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()	負傷の程度(傷病名)	
	治療の 状況	診療を受けた医療機関名	診療の期間	
			年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日		
任意 保険	任意保険(人身傷害)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会社名	担当者名 電話 () -		
第三者 (加害者)	第三者 氏名	住所 電話 () -		
	自賠責 保険	自賠責保険(共済)契約会社名	証明書番号	
		契約者氏名 <input type="checkbox"/> 第三者と同じ	契約者住所 <input type="checkbox"/> 第三者と同じ 電話 () -	
	任意 保険	任意保険(対人)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会社名	担当者名 任意対人一括の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 電話 () -	
		その他 保険	交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保険の名称 証券番号 会社名 担当者名 電話 () -	
示談状況		<input type="checkbox"/> 示談成立(年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 成立していない		

交通事故の場合は『交通事故証明書』の**原本**を添付してください。

(※ 損保会社等が原本証明したものであれば、写しでも可。)

事故発生状況	現場見取図 (道路幅をmで記入してください)	天候 <input type="checkbox"/> 晴れ <input type="checkbox"/> 曇り <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧
		交通状況 <input type="checkbox"/> 混雑 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散
		道路状況、信号、標識等 ① 道路 <input type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 凍結路 ② 歩道 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ③ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ④ 信号 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ⑤ 一時停止標識又は標示 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ⑥ その他標識等 ()
		速度 ① 自車両 約 km/h (制限速度 km/h) ② 相手車両 約 km/h (制限速度 km/h)
 自車両 相手車両 信号 一時停止 進行方向 人間 自転車 オートバイ		
状況説明		

同意書

「第三者行為による傷病届」で届け出た負傷について、高齢者の医療の確保に関する法律（以下、高確法）の医療給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、高確法第58条第1項の規定によって、後期高齢者医療広域連合長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。

なお、この負傷の医療給付にかかる損害賠償金の請求及び損害調査のため、次の1から5までの事項を行うにあたり、後期高齢者医療広域連合長又は岡山県国民健康保険団体連合会が、届け出た書類及び診療報酬明細書の写しを、必要とする範囲で利用又は提供することに同意します。

- 1 加害者又は保険会社(自賠責保険(共済)会社、任意保険(共済)会社等)への損害賠償金の請求
- 2 診療を受けた医療機関等へ診療状況等を照会し、回答を受けること
- 3 自賠責保険(共済)会社へ損害賠償金の支払状況等を照会し、回答を受けること
- 4 加害者又は任意保険(共済)会社との損害賠償金額算定のための交渉及び算定根拠資料の授受
- 5 検察庁等から実況見分調書等の事故状況資料を入手し、加害者等との交渉に利用又は提供すること

年 月 日

住所

氏名

印

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様