

【後期高齢用】

第三者行為による傷病届

被保険者様 自署・押印欄

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様

平成 29 年 11 月 15 日

【記入例】

届出者
(被保険者)

住所 岡山市北区大供〇-〇-〇

氏名 岡山花子

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。

		被保険者証の番号		(0 1 2 3 4 5 6 7)						
負傷者 (被保険者)	負傷者	氏名 岡山花子 (明・大・昭 15 年 1 月 10 日生)		住所 岡山市北区大供〇-〇-〇 電話 (086) ××× - ××××						
	負傷の状況	負傷した日時 平成 29 年 10 月 25 日 午前 9 時 45 分頃		負傷した場所(事故発生場所) 岡山市北区鹿田町〇-△先路上						
		負傷の原因 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他()		負傷の程度(傷病名) 頸椎捻挫、左大腿骨骨折						
	治療の状況	診療を受けた医療機関名		診療の期間						
		〇〇〇〇病院		平成 29 年 10 月 25 日 ~ 平成 29 年 11 月 1 日						
		△△△整形外科		平成 29 年 11 月 1 日 ~ 平成 年 月 日						
任意保険	任意保険(人身傷害)の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		担当者名 損害 一郎							
	会社名 △△△△損害保険(株)		電話 (086) 〇〇〇 - 〇〇〇〇							
第三者 (加害者)	第三者	氏名 後期太郎		住所 岡山市東区西大寺△-△ 電話 (086) □□□ - □□□□						
	自賠償保険	自賠償保険(共済)契約会社名 〇〇〇〇損害保険(株)		証明書番号 ABC-123456789						
		契約者氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者と同じ		契約者住所 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者と同じ 電話 () -						
	任意保険	任意保険(対人)の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		担当者名 保険 三郎 任意対人一括の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会社名 □□□□損害保険(株) 電話 (086) ◇◇◇ - ◇◇◇◇						
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		証券番号 会社名 担当者名 電話 () -							
示談状況		<input type="checkbox"/> 示談成立(平成 年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 成立していない								

交通事故の場合は『交通事故証明書』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 checked="" type="checkbox"/> 晴れ <input type="checkbox"/> くもり <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧
		交通状況 <input type="checkbox"/> 混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散
	道路状況、信号、標識等 ① 道路 <input checked="" type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 凍結路 ② 歩道 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ③ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い ④ 信号 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない ⑤ 一時停止標識又は標示 <input checked="" 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)	
状況説明 横断歩道のない交差点を横断しようとしたところ、左方より一時停止せずに 出てきた相手乗用車と出会い頭に衝突し、負傷した。		

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

平成 29 年 11 月 15 日 代筆の場合 住所 岡山市北区大供〇-〇-〇
 代筆者 岡山二郎(長男) 氏名 岡山花子 岡山 印

岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 被保険者様 自署・押印欄