

## 第三者の行為による被害届

被 傷 保 病 險 者 者	記号番号	医	—	氏	名	
	個人番号				(准)組合員 との続柄	
	生年月日	昭・平	年	月	日	年 齢 歳
	住 所	〒 — TEL — — —				
	事故発生年月日	年	月	日	午前・午後	時 分 頃
	事故発生場所					
	受診医療機関等		初 診	月	日	入院・外来
事 故 の 内 容 と 状 況	相 手 方 と の 契 約		示 談 未 済 ・ 月 日 示 談 成 立			
傷 病 者	徒 歩 ・ 自 転 車 ・ 原 付 ・ 単 車 ・ 乗 用 車 ・ ト ラ ッ ク ・ そ の 他					
相 手 方	自 転 車 ・ 原 付 ・ 単 車 ・ 乗 用 車 ・ ト ラ ッ ク ・ タ ク シ ー ・ そ の 他					

相 手 方	氏 名	( 歳:男・女)		職 業		
	住 所	〒 — TEL — — —				
	勤 務 先	〒 — TEL — — —				
	使 用 者					
	交 通 事 故 の 場 合	自 賠 責 保 險	会 社 名 ・ 証 明 書 番 号			
任 意 保 險		会 社 名 ・ 証 明 書 番 号				
		担 当 者 名	TEL — —			

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

個人番号

(准)組合員氏名

㊞

## 同意書(被害者用)

令和 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、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律及び介護保険法による保険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国民健康保険法第64条第1項、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項及び介護保険法第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行使し、かつ賠償金を受領することに異議の無いことをここに書面をもって同意します。

なお、次の事項を遵守することに同意します。

1. 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
2. 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
3. 加害者から金品を受け取ったときは、受領年月日、内容、金額(評価額)を洩れなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
4. 私が受けた保険(医療)給付について、保険者等が、加害者(損害保険会社)に損害賠償請求を行うにあたって、個人情報を含む保険(医療)給付に係る診療報酬明細書、調剤報酬明細書、介護給付費明細書及び柔道整復施術療養費支給申請書を提出すること並びに損害保険会社等から業務に関する必要な事項について提出を受けることに同意します。

令和 年 月 日

(被害者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(保険者等名)

\_\_\_\_\_ 京都府医師国民健康保険組合

\* 連合会は、この求償事務の受託により知り得た個人情報は、法令等に則るとともに連合会規則等に基づき適正かつ厳正に取り扱う。

## 事故発生状況報告書

相手方	氏名		被保険者(傷病者)	氏名	
速度	相手方の車 km/h (制限速度 km/h) ・ 相手方の車以外の車 km/h (制限速度 km/h)				
道路状況	見通し	良い・悪い	道路幅	相手車側( m) ・ 相手方の車以外の車側( m)	
信号又は標識	信号	有り・無し	一時停止標識	有り・無し	その他の標識

事故発生状況略図 (道路幅メートルで記入してください。)



上記図の説明を記入下さい	
--------------	--

相手方の車

進行方向

一時停止

人

相手方以外の車

信号

一方通行

自転車・オートバイ

令和 年 月 日

報告者 甲との関係( ) 氏名 印

乙との関係( ) 氏名 印