

様式第4号 第32条第6項における提出書類			
項目		内容	
被保険者名等 届出者情報 被保険者 受診者 者名等 の場合は被 保険者の 届出者と 記入	被保険者記号・番号 / 保険者名 OO-00000	被保険者記号・番号 OO市	
	氏名 / 生年月日 英國民健康保険は 世帯主、その他の 被保険者の 届出者と 記入	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太 丁 OO市OO町OO番地	生年月日 昭和OO年 00月 00日 TEL 000(000)10000
被保険者 受診者 者名等 の場合は被 保険者の 届出者と 記入	氏名 / 結婚 の有無 と併記 場合は マーク 住所 / 電話	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太 本人 丁 OO市OO町OO番地	生年月日 昭和OO年 00月 00日 TEL 000(000)10000
	氏名 住所 / 電話	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎 丁 OO市OO町OO番地OOOOアパートOOOO号室	TEL 000(000)10000
加害者 の場合は 被保険者の 届出者と 記入	事故発生時 事故発生場所	令和OO年 00月 00日 午前 / 午後 00時 00分頃 OO市OO町OO番地先路上	
	労災保険対象の確認	本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ではありません。 (※事故発生状況報告書・被害者の自傷状況欄で確認し、チェック)	
自賠責保険 任意保険 (加害者)	保険会社名 / 保険契約者名 登録番号 / 車両番号 保険期間 / 自賠責證明書番号	保険会社名 OO火災保険 登録番号 長野OOかOOOO 保険期間 令和OO年 00月 00日 ~ 令和OO年 00月 00日	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎 車両番号 00000 自賠責證明書番号 第 ABC123456 号
	保険会社名 / 担当部署 取扱店所在地 / 電話 担当者名 / E-mail 保険契約者名 住所 保険期間 / 契約番号 任意対人一括の有無	保険会社名 OO損害保険 登録番号 OO市OO町OO番地OOビル 氏名 OO OO 保険契約者名 ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎 住所 丁 OO市OO町OO番地 保険期間 令和OO年 00月 00日 ~ 令和OO年 00月 00日	担当部署 OOサービスセンター TEL 000(000)10000 E-mail 000@000.jp 担当部署 OOサービスセンター TEL 000(000)10000 E-mail 000@000.jp 担当部署 OOサービスセンター TEL 000(000)10000 E-mail 000@000.jp 有 / 無
被保険者加入の保険会社の関与	関与の有無を チェックし、 「有」の場合は右欄を記入 有 / 無	保険会社名 OO損害保険 担当部署 OOサービスセンター 担当者氏名 OO OO	OOサービスセンター TEL 000(000)10000
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間 住所 / 電話番号 ※治療終了日(見込)については 可能な範囲でご記入ください。	① 診療機関名 OO病院 丁 OO市OO町OO番地	入院 治療開始日 令和OO年 00月 00日 有 / 無 治療終了(見込) 令和OO年 00月 00日
	② 診療機関名 OO整形外科 丁 OO市OO町OO番地	入院 治療開始日 令和OO年 00月 00日 有 / 無 治療終了(見込) 令和OO年 00月 00日	
	③ 診療機関名 OO医局 丁 OO市OO町OO番地	入院 治療開始日 令和OO年 00月 00日 有 / 無 治療終了(見込) 令和OO年 00月 00日	
	傷病届作成日 / 作成支援の有無	令和OO年 00月 00日	本届出書を被保険会社等(業務上既先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/>
(注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。			

## 被保険者からの提出書類 傷病届

### (国民健康保険法施行規則)

**第32条の6** 給付事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者の属する世帯の世帯主又は組合員は、その事実、当該被保険者の氏名、当該被保険者が退職被保険者等である場合にあってはその旨、第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)並びに被害の状況を、直ちに、当該世帯主が住所を有する市町村又は組合に届け出なければならない。

### [高齢者の医療の確保に関する法律施行規則]

**第46条** 療養の給付に係る事由又は入院時食事療養費、入院時生活療養費若しくは保険外併用療養費の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、被保険者は、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した届書を、後期高齢者医療広域連合に提出しなければならない。

1 届出に係る事実

2 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)

3 被害の状況

### [介護保険法施行規則]

**第33条の2** 介護給付、予防給付又は市町村特別給付の支給に係る事由が第三者の行為によって生じたものであるときは、第一号被保険者は、遅滞なく、次に掲げる事項を記載した届書を、市町村に提出しなければならない。

1 届出に係る事実

2 第三者の氏名及び住所又は居所(氏名又は住所若しくは居所が明らかでないときは、その旨)

3 被害の状況

自賠責保険・任意保険は、**相手方**の保険会社について記入してください。

また、任意保険は、保険会社が事故対応していないケース(被保険者側の過失が大きい等)でも、加入している場合は、必ず保険会社名等を記載する。

被保険者加入の保険会社が関与している場合は、「有」に☑し保険会社名等を記載する。

治療終了の場合は終了日を記載する。