

様式第4号

第三者被害による傷病届

項 目		内 容	
(被 保 険 者 名 等) 届出者	被保険者記号・番号 / 保険者名	被保険者記号・番号 〇〇-〇〇〇〇〇	保険者名 〇〇市
	届出者情報 英国国民健康保険は 世帯主、その他は 被保険者の 情報を記入	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	氏名 / 生年月日 住所 / 電話		
(受 診 者) 被害者	氏名 / 続柄 / 生年月日 住所 / 電話	ふりがな おつやま りょうた 氏名 乙山 良太 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	届出者との関係 本人 生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日 TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
(加 害 者) 第三者	氏 名 住所 / 電話	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇〇番地〇〇〇〇アパート〇〇〇号室	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
事 故 発 生 状 況	事故発生日時	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	午前 / 午後 〇〇時 〇〇分頃
	事故発生場所	〇〇市〇〇町〇〇番地先路上	
	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・被害者の負傷状況欄で確認し、チェック)	
自 賠 責 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 保険契約者名	保険会社名 〇〇火災保険	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎
	登録番号 / 車台番号	登録番号 長野〇〇か〇〇〇〇	車台番号 〇〇〇〇〇
	保険期間 / 自賠責証明書番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	自賠責証明書番号 第 ABC123456 号
任 意 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター
	取扱店所在地 / 電話	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇ビル	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	担当者名 / E-mail	ふりがな 〇〇〇〇 〇〇〇〇 氏名 〇〇 〇〇 E-mail 〇〇〇@〇〇〇.jp	
	保険契約者名	ふりがな こうの たろう 氏名 甲野 太郎	
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	契約番号 第 〇〇〇〇〇 号
	任意対人一括の有無	有 / 無	
被害者加入の保険 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 / 〇	保険会社名 〇〇損害保険	担当部署 〇〇サービスセンター
		担当者氏名 〇〇 〇〇	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間	① 診療機関名 〇〇病院	入 院 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所 / 電話番号	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
	※治療終了日(見込)については 可能な範囲で記入ください。	② 診療機関名 〇〇整形外科	入 院 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
		③ 診療機関名 〇〇薬局	入 院 有 / 無 治療開始日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治療終了(見込) 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
		〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地	TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇
傷病届作成日 / 作成支援の有無		令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック

(注) 本書は、自賠責保険、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の名欄に「保険」を「現済」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。