

(その1)

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

年 月 日

千葉県後期高齢者医療広域連合長

被保険者 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

次のとおりお届けします。

被 保 険 者 番 号							
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
	氏名			職業			
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	発 生 場 所						
	事 故 原 因 と 状 況						
	警 察 署 等 へ の 届	届出済・未届	届出所轄署・保健所		警察署・保健所		
	事 故 の 区 分	けんか ・ ペットの噛みつき ・ 食中毒 ・ 施設での事故 その他 ()					
第 三 者 三 係	加 害 者	住 所					
		電話					
		フリガナ 氏 名			年齢	歳	職業
	監督責任者 所有者 使用者	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()				
		住 所 (所 在 地)					
		電話					
		名 称					
		代 表 者					
	加害者との関係	使用者・所有者・占有者・監督者・保護者・その他 ()					

第三者の行為による傷病届（交通事故以外）

第三者（加害者）の賠償責任 保険・共済関係		保険会社等の名称		加入の有無	有・無
	保 険 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日	電 話		
				担 当	
		契 約 者 名		証 券 号 番 号	
治 療 関 係	保 険 給 付 の 開 始 日	後期高齢者医療による診療 年 月 日からしている			
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称				
	診 療 の 期 間 (見 込 期 間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	
示 談	示談が成立した（ 年 月 日）・交渉中・示談はしない 示談をする予定（ 月ごろ）・裁判の見込				
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合		名 目	金 額 又 は 品 名	受 領 年 月 日	

注 1. 次の書類を添付してください。

- 念書
1 部
- 誓約書
1 部
- 事故発生状況報告書（交通事故以外）
1 部
- 被害届受理番号自認書又は、咬傷届出書等の写し(必要に応じて事故を証明する書類)
1 部
- 示談書の写し（示談書が作成されている場合のみ。）
1 部

2. この届書の内容で提出のときに分からないこと（第三者関係など）があれば、
空白のまま提出し、判明次第連絡してください。

3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。

4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先	課 係	担当者（ ） 電 話（ ）
-------	--------------------------	--

念 書

年 月 日 _____ において
_____ の不法行為により _____ の被った
保険事故について後期高齢者医療給付を受けた場合は、私が第三者に対
して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条
第 1 項の規定によって千葉県後期高齢者医療広域連合が後期高齢者医療
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、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

- 1 第三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 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）
をもれなく、かつ遅滞なく貴職に届け出ること。
- 4 本件事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報
を上記法令に基づく請求のために、取得、利用、または提供するこ
とに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

千葉県後期高齢者医療広域連合長

※署名又は記名・押印

※印欄は誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

事故発生状況報告書（交通事故以外）

加 害 者 (第 三 者)		被 害 者 (被保険者)	
事 故	けんか ・ ペットの噛みつき ・ 施設での事故 その他 ()		
※事故の原因と状況をできる限り詳しく書いてください。			
※上記説明の図を書いてください	事故発生状況略図 (被害の状況を詳しく図示してください。)		

上記内容に間違いありません。

年 月 日 届出者（被保険者）： 印

※署名又は記名・押印

被害届受理番号自認書

年 月 日の 事件・事故 に係る被害届の受理番号
は下記のとおりであることに間違いありません。

受理番号 _____

年 月 日

被保険者（被害者） 住所

氏名

電話