様式２号－２

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

被保険者 （医療受給者）		フリガナ 氏　名 明・大・昭　　年　　月　　日生 （　　）歳		世帯主との続柄	被保険者番号
		電話		携帯	
事故の状況	発生日時	年　　月　　日　　午前・午後　　時　　分頃			
	発生場所				
	原因・状況				
診療関係	傷病名		初診日	年　　月　　日	
			治癒までの見込み	入院　　日　通院　　日	
	病院名		治療期間	～	
			治療期間	～	

相手方	フリガナ		電話（自）	
	氏　　名		（勤）	
			携帯	
	住　　所			
			明・大・昭・平・令　　年　　月　　日生	
	示談状況			
	保険会社	保険会社名		電話
		証券番号		担当者

上記の通りお届けします。

令和　　年　　月　　日　　住所

大分県後期高齢者医療広域連合長　様　　氏名

様式 22 号

事故発生状況報告書（交通事故以外の第三者行為）

<table>
<tr><td rowspan="3">被害者</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭
年　月　日生</td></tr>
<tr><td>職　業</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">加害者</td><td>住　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>明・大・昭・平・令
年　月　日生</td></tr>
<tr><td>職　業</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生日時</td><td colspan="3">年　月　日　午前・午後　時　分頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生場所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>事故状況</td><td colspan="4">※　略図または説明を記入してください。</td></tr>
</table>

上記のとおり報告致します。

令和　　年　　月　　日

作成者（被害者、加害者）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

様式３号

念　　書（被保険者側）

私が（ 平成 ・ 令和 ）　　年　　月　　日　　において

の不法行為により被った保険事故について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法令（注１）の規定により、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を理解しましたので下記の事項を遵守することをここに書面をもって誓約します。

記

１.相手側と示談を行おうとする場合は､必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
２．相手側に白紙委任状を渡さないこと。
３．相手側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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
４．本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
５．本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを法令（注１）に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して提出することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　印

市　町　村
国保組合理事　　長殿
広 域 連 合

（注１）　各保険における根拠法令は次のとおり

国民健康保険：国民健康保険法第 64 条第 1 項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法：介護保険法第 21 条第 1 項

様式14号
（交通事故以外の場合）

誓　　約　　書（相手者側）

貴（市・町・村・国保組合・広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療）の下記被保険者（受給者）が受けた保険給付（医療給付）は、私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

１保険給付額（医療給付額）確定時に損害賠償金を当方の過失割合により貴殿に支払いすること。

２貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分（後期高齢者医療給付分）に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和　　年　　月　　日

誓約者　　住所

氏名

連帯保証人　　住所

氏名

市　町　村
国保組合理事　長　様
広域連合

記

加害者	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者（被保険者）	住所			
	氏名			

加害者が未成年の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約書と加害者が異なる場合のみ記入してください。

【記入例】

様式２号－２

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

被保険者（医療受給者）	フリガナ　コウイキ　タロウ 氏　名　広　域　太　郎 明・大・昭　**年 ** 月 ** 日生 （　＊＊　）歳		世帯主との続柄	被保険者番号 ０１２３４５６７
	電話　097-534-1771		携帯　080-****-****	
事故の状況	発生日時	令和 ** 年 ** 月 ** 日　午前・午後 ** 時 ** 分頃		
	発生場所	大分市西春日町 00 番 00 号		
	原因・状況	（例）犬に噛まれて転倒して骨折した。		
診療関係	傷病名	大腿骨骨折	初診日	** 年 ** 月 ** 日
			治癒までの見込み	入院　日　通院　日
	病院名	○○病院	治療期間	R*.**.** ～ R*.**.**
			治療期間	～

相手方	フリガナ	オオイタ　ハナコ	電話（自）097-534-1731 （勤）	
	氏名	大　分　花　子	携帯	
	住所	別府市東町 11 番 00 号	明・大・昭・平・令**年**月**日生	
	示談状況	な　し		
	保険会社	保険会社名	日本○○○○保険	電話　097-***-****
		証券番号	□□□□□□	担当者　田中　二郎

上記の通りお届けします。

令和 **　年 **　月 **　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

住所　大分市西春日町 00 番 00 号

氏名　広 域　太 郎

様式 22 号

事故発生状況報告書（交通事故以外の第三者行為）

被害者	住　所	大分市西春日町 00 番 00 号		
	氏　名	広 域　太 郎	生年月日	明・大・(昭) **年　**　月　**　日生
	職　業	無　職	電話番号	097-534-1771
加害者	住　所	別府市東町 11 番 00 号		
	氏　名	大 分　花 子	生年月日	明・大・(昭)・平・令 **年　**　月　**　日生
	職　業	会社員	電話番号	097-534-1731
事故発生日時		令和 ** 年 ** 月 ** 日　午前・(午後)　** 時 ** 分頃		
事故発生場所		○○市○○町○番○号		
事故状況		※　略図または説明を記入してください。 ※事故の内容を記入 例）○年○月○日○○○の路上において、犬に噛まれてそのはずみで転倒して骨折した。		

上記のとおり報告致します。

令和 ** 年 ** 月 ** 日

作成者（被害者、加害者）

住所　大分市西春日町 00 番 00 号

氏名　広　域　　太　郎　　印

様式３号

念　　書（被保険者側）

私が（ 平成 ・ 令和 ）　**年　**月　**日**大分市西春日町 00 番 00 号**において**大 分　花 子**の不法行為により被った保険事故について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法令（注１）の規定により、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を理解しましたので下記の事項を遵守することをここに書面をもって誓約します。

記

１．相手側と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
２．相手側に白紙委任状を渡さないこと。
３．相手側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、かつ遅滞なく保険者に届け出ること。
４．本件の事故により受診した医療機関等から保険者及び国保連合会が事故に関する診療状況等について医療機関、並びに損害保険会社等から支払状況等説明を受けることに同意します。
５．本件事故により受診した医療機関等から提出された診断書・診療報酬明細書等の写しを法令（注１）に基づき取得した損害賠償請求権行使の資料として、保険者及び国保連合会が損害保険会社等に対して提出することに同意します。

令和　**　年　**　月　**　日
住所　**大分市東春日町 17 番 20 号**
氏名　**広 域　太 郎**　　印

市　町　村
国保組合理事　　長殿
広 域 連 合

（注１）　各保険における根拠法令は次のとおり
国民健康保険：国民健康保険法第 64 条第 1 項、後期高齢者医療：高齢者の医療の確保に関する法律第 58 条第 1 項、介護保険法：介護保険法第 21 条第 1 項

誓　　約　　書　（相手者側）

貴（市・町・村・国保組合・広域連合）の国民健康保険（後期高齢者医療）の下記被保険者（受給者）が受けた保険給付（医療給付）は、私の不法行為に基づくものですので、次の事項を遵守することを書面をもって誓約いたします。

１保険給付額（医療給付額）確定時に損害賠償金を当方の過失割合により貴殿に支払いすること。

２貴殿の書面承諾なしに示談したときは、国民健康保険給付分（後期高齢者医療給付分）に限り何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和　　**年　　**月　　**日

誓約者　　住所　**別府市東町 11 番 00 号**

氏名　**大　分　花　子**

連帯保証人　　住所

氏名

市　町　村
国保組合理事　　長　様
広　域　連　合

記

加　害　者	住　所	※		
	氏　名	※	誓約者との関係	※
被　害　者（被保険者）	住　所	**大分市東春日町 17 番 20 号**		
	氏　名	**広 域　太 郎**		

加害者が未成年の場合は親権者が誓約書を差し入れてください。

※印欄は誓約書と加害者が異なる場合のみ記入してください。