

様式第7号-3

交通事故以外

第三者行為による傷病届（交通事故以外の原因による）

被 保 険 者	医療種別	国保一般(割)		退職本人・家族(割)		前期高齢者(割)		後期高齢者(割)			
	保険者番号					証記号 (国保等)			証番号 (国保等)		
	被保険者番号 (後期高齢者)					個 人 番 号 (マイナンバー)					
	氏 名	フリガナ					生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和			
						性 別		男・女	年 齢	歳	
住 所	〒 — (電話) — —										
第 三 者 (相 手 方)	氏 名	フリガナ					生年月日	明治・大正 年 月 日 昭和			
						性 別		男・女	年 齢	歳	
	住 所	〒 — (電話) — —									
	勤務先	(電話) — —									
	賠償責任保険	無・有	保 険				保険証 券番号				
給 付 原 因 概 要	届出警察署	無・有	署	発生日時		年 月 日 午前 午後 時 分					
	場 所										
	原因及び 発生状況										
診 療	病院名 薬局名					初 診 日	年 月 日				
						保険診療開始日	年 月 日				
						初 診 日	年 月 日				
						保険診療開始日	年 月 日				
						初 診 日	年 月 日				
						保険診療開始日	年 月 日				
	治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 終了				終 了 日	年 月 日				
終 了 事 由 治癒・症状固定・中止・その他											
上記のとおり届けます 年 月 日 届出者 住所 愛媛県後期高齢者医療連合長 様 (被保険者) 氏名 印											

負傷原因状況報告書

相手方 (甲)	氏 名 (電話)		被害者 (乙)	氏 名 (電話)		
負傷の原因及び状況	発生日時	年 月 日	午前	時 分 頃	午後	
	発生場所					
	状況図 (どのようなして負傷したのか相手方と被害者の行動を図で記入する。)					
	状況説明 (上記状況図の説明を記入する。)					
過失の割合 (いずれか選択)	決 定	相手方 (甲)	%	被害者 (乙)	%	未 定
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 報告者氏名 印						

念 書

場 所

____年____月____日（ ）において、

相手方名

被害者名

（ ）の不法行為により（ ）の被った保険事故について、高齢者の医療の確保に関する法律による給付を受けた場合は、私が相手方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 項の規定によって後期高齢者医療広域連合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ないことをここに申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守及び同意することを誓約します。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もってその内容を申し出、承諾を得ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方側から金品を受けたときは受領年月日、内容金額（評価額）を直ちに届け出ること。
- 4 転居したときは、直ちに届け出ること。
- 5 貴殿が、医療機関や損害保険会社等から、保険事故に関する情報の提供を受けること。
- 6 貴殿が、損害賠償請求権の行使にあたり、診療報酬明細書等の写しを請求先に提供すること。

年 月 日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

住 所

氏 名

⑥