

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届 (交通事故以外)

被 保 険 者	被保険者証 の番号							フリガナ		生年 月日	年 月 日
	電話番号	( ) -						氏名			
受 傷 の 状 況	受傷日時	年 月 日			午前		時	分頃	午後		
	場所										
	受傷状況	----- ----- ----- -----									
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度							初診	年 月 日		
								治癒まで の見込	入院 通院 費用	日 日 円	
	保険医療機関	住所				名称			電話 番号	( ) -	
		住所				名称			電話 番号	( ) -	
相 手 方 に 関 す る 事 項	相手方	住所				氏名			生年 月日	年 月 日	
		電話番号	( ) -								
	任意保険の 有無について	有	契約保険会社名				担当者名				
	無	保険証券の番号				電話 ( ) -					
示談の状況											

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

## 事故発生状況報告書

別紙傷病届に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(相手方)	氏名		乙(被保険者)	氏名	
事故(事件)発生状況を图示してください	事故(事件)発生状況略図				
上記図の説明を書いてください					

年 月 日

甲との関係 ( )

乙との関係 ( )

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※署名又は記名・押印

電話 ( ) \_\_\_\_\_

# 念 書

年 月 日 において (相手方) の不法行為により (私) 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医療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、併せて次の 1 から 3 については遵守することを誓約し、4 から 7 については同意します。

1. 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって保険者にその内容を申し出ること。
2. 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
3. 相手方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. 保険者またはその委託するものが、私が受診した保険医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。
5. 保険者またはその委託するものが、損害保険会社等から、事故態様、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）、その他必要な情報の提供を受けること、また損害賠償請求を行うにあたって、必要な資料（医療給付額の算出基礎となる資料等）を損害保険会社等へ提供すること。
6. この念書をもって 5 項に掲げる事項に対応する損害保険会社等への同意を含むこと。
7. この念書を損害保険会社等へ提示すること。

年 月 日

住 所

氏 名

㊞

※署名又は記名・押印

島根県後期高齢者医療広域連合長 様

高齢者の医療の確保に関する法律に基づく損害賠償請求に伴う個人情報提供  
の同意について

本件事故について、島根県後期高齢者医療広域連合が高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、第三者行為の事由により保険給付した損害賠償金を請求する際の関係書類として、本書（写）及び下記書類を島根県国民健康保険団体連合会及び\_\_\_\_\_保険会社（農業協同組合）へ提供することについて同意する。

記

- ・ 第三者行為による傷病届（写）
- ・ 事故（事件）発生状況報告書（写）
- ・ 念書（写）
- ・ 診療報酬明細書（写）
- ・ 診断書（写）
- ・ 示談書（写）

令和 年 月 日

住所

氏名

⑩

※署名又は記名・押印

島根県後期高齢者医療広域連合長 様