

第三者行為による被害届

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

被保険者証をご確認ください。

受傷の原因が相手方の行為により発生した
ものか確認する項目です。(飼犬によるケガの相手方は飼主となります。)

受傷の原因をできるだけ詳しく記載してく
ださい。書ききれない場合は別紙をご活
用ください。

警察が介入する事故であったか確認する
項目です。

相手方に関して把握している事項を記載
してください。

未成年の場合は親権者、施設事故など
の場合は施設責任者や代表者を記載し
てください。

相手方が賠償保険に加入していることが
分かる場合に記載してください。

事故により負傷した主な病名を記載して
ください。(例…右足骨折、頭椎捻挫など)

相手方との示談の状況を記載してくださ
い

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。
・国保の方はご加入の市町村
・後期高齢者(主に75歳以上)の方は岩
手県後期高齢者医療広域連合
・医師国保組合の方は岩手県医師国民
健康保険組合

| | | | | | | | |
|--|--------------------------|---|--|--|---|--|--|
| 被 保 険 者 | フリガナ 氏名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日(才) |
| | 連絡先(自宅) | ☎ | 世帯主氏名 | | 続柄 | | |
| | 連絡先(携帯、勤務先) | ☎ | 職業 | | | | |
| 法 制 | 国保・退職 | 記号番号 | | 個人番号 | | | |
| | 後期高齢者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | ※記載の必要はありません | | |
| 事 故 の 状 況 | 受傷日時 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 | 時 分頃 | | | |
| | 受傷場所 | | | | | | |
| | 受傷内容 | <input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | 第三者有無の確認 | 上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | 受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙) | | | | | | |
| | 警察署への届出 | <input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届 | 届済の場合 ()警察署 | | | | |
| | 目撃者 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 目撃者が分かる場合() | | | | |
| 第 三 者 △ 加 害 者 ▽ に 関 する 事 項 | 氏名 | | フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 才 |
| | 住所 | 〒 連絡先☎ | | | | | |
| | 職業 | 連絡先(勤務先)☎ | | | | | |
| | 責任者との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 診 療 関 係 | 氏名 | | フリガナ | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年 才 |
| | 住所 | 〒 連絡先☎ | | | | | |
| | 加害者の賠償責任 保険の有無 | <input type="checkbox"/> 有(保険会社名 担当者名) <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 示 談 の 状 況 | 主たる傷病 | 治療を受けた 病院等の名称 | (当初) 病院名 | 入外区分 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | (転医) 病院名 | 入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 |
| | 治療経過 | 年 月 日現在 | <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止 | | | | |
| | 治療期間 | 年 月 日 から | 年 月 日 | | | | |
| 示談の状況 | | <input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 により上記のとおりお届けします。 | | | | | | | |
| 届出年月日 | | 年 月 日 | | 世帯主 住所 | | (市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合、) | |
| | | 長 様 | | 氏名 | | ☎ | |
| | | | | 電話番号 | | | |
| 注 1. 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。 2. 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。 | | | | | | | |

受傷原因に当てはまる項目がないときは、そ
の他に記載してください。

治療を受けた病院等を記載してください。な
お、病院を転医された場合は、転医先も記
載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況を
記載してください。

被保険者の属する世帯の世帯主が届出人と
なります。世帯主が負傷等で記載できないと
きは家族の方が記載してください。捺印も忘
れずに行ってください。