

第三者行為による被害届 (交通事故以外)

被 保 険 者	被保険者証の 番 号	01234567		電話番号	082(500)0000		
	被保険者名 (被害者名)	広域 花子		生年月日	昭和12年 3月 4日		
第 三 者 (加 害 者)	住 所	広島県▲▲市▲▲町▲▲-▲		電話番号	082(999)9999		
	氏 名	広島 一郎	生年月日	昭和22年 2月 2日	職業	無職	
	加害者の 使用主等	住所			電話番号	()	
	氏名			生年月日	年 月 日	職業	
負 傷 概 要	負傷の日時	令和 2 年 1 月 5 日 11 時 10 分頃					
	負傷の場所	広島市中区▲▲町▲▲-▲					
	発病の原因 又は負傷時 の 状 況	相手と口論になり、相手が激昂して殴られ、顔面と肩を負傷した。					
	傷 病 名	顔面骨折, 右肩脱臼			今回の被害を受ける前の通院中外傷的傷病名 有() 無		
	病 院 名	① 広島〇〇病院	(入院・外来)	自 令和 2 年 1 月 5 日～			治療中
		②	(入院・外来)	至 年 月 日			
損害賠償金 の支払状況	交渉経過を記入してください			示談の状況	有 無 (○で囲む)		
保 険	有 無	保 険	証 券 番 号 等				
備 考							

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおり、届け出ます。

令和 2 年 2 月 5 日

←
記入した日付

被保険者
(被害者)

住所

広島市中区東白島町19番49号

氏名

広域 花子

電話番号

082 - 502 - 3030

(あて先) 広島県後期高齢者医療広域連合長

- (注) 1 負傷の概要はできるだけ詳細に、また、加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に(例:○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費等の費用はどちらで負担する等)を記入し、示談が成立したときは、示談書の写しを提出してください。
 3 後日調査の関係上、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。

念 書

令和 2 年 1 月 5 日 (広島市中区▲▲町▲▲-▲) において (広島 一郎) の不法行為により (広域 花子) 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保険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、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。

また、貴連合が保険給付の損害賠償金の請求上必要とする範囲で、この事故に係る診療報酬明細書の写し及び届け出た書類の写しを利用又は提供することに同意します。

なお、あわせて次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、遅滞なく貴職に届け出ること。

令和 2 年 2 月 5 日

住所 広島市中区東白島町 19 番 49 号

氏名 広域 花子 (印)

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

誓約書

貴連合の後期高齢者医療の下記被保険者が受けた保険給付は、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 保険給付額確定時に損害賠償金を貴連合に支払いすること。
- 2 貴連合の書面承諾なしに示談したときは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 2 年 2 月 5 日

誓約者 住所 広島県●●市●●町●●一●

氏名 広島 一郎 印

連帯保証人 住所 _____

氏名 _____ 印

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

記

第三者 (加害者)	住所	※ <u>広島県●●市●●町●●一●</u>		
	氏名	※ <u>広島 一郎</u>	誓約者との関係	※
被害者 (被保険者)	住所	<u>広島市中区東白島町 19 番 49 号</u>		
	氏名	<u>広域 花子</u>		

(注) 連帯保証人の印鑑証明を添付してください。

※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。