

## 第三者行為による傷病届（交通事故以外）

国民健康保険法施行規則第32条の6（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、介護保険法施行規則第33条の2）の規定により次のとおりお届けします。

令和5年11月11日

大村市 長 様

世帯主 住所 ▲▲市▲▲▲▲11-1

氏名 国保 太郎

電話 (333)1111

被保険者 (被害者)	フリガナ	コクホ ハナコ		生年月日	大(昭)平令 51年1月1日 (47才)		
	氏名	国保 花子		職業	自営業		
	世帯主との続柄	妻	法制	国保 後期高齢者 介護	被保険者証番号	大村・●●●●●●	
	住所	▲▲市▲▲▲▲11-1					
	電話(連絡先)※	(090)9999-9999 ※日中連絡可能な連絡先を記載してください。					
第三者 (加害者) 関係	住所	▲▲市★★27-1					
	電話(連絡先)	(080)8888-8888		生年月日	大(昭)平令 7年1月1日		
	フリガナ	カガイ タロウ		年齢	28才	職業	会社員
	氏名	加害 太郎					
	責任者との関係	本人・(従業員)・親族・その他( )					
	住所(所在地)	▲▲市★★999-9					
	電話(連絡先)	(03)1111-1111					
	名称	カガイフーズ株式会社					
代表者	加害 太之介						
加害者との関係	(使用者)・所有者(占有者)・保護者・その他( )						
加害者の賠償責任保険の有無及び契約情報	(有) (保険会社等の名称 ●●損保(株) 担当者名 ●● TEL03-999 ) 【保険期間：令和3年4月1日 ~ 年 月 日】 【契約者名： 加害 太之介 契約番号： 123456】 無 不明						

事故の状況	発生日時	令和5年 10月 28日 <span style="margin-left: 20px;">午前</span> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">午後</span> 7 時 30 分頃		
	発生場所	やきとりカガイ		
	受傷原因	※下記種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input type="checkbox"/> 施設での事故 <input checked="" type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は右空欄へ 受傷原因を記載してください		
治療関係	傷病名	食中毒		
	医療機関の所在地・名称	▲▲市333 ▲▲市民病院		
	診療の期間(見込期間)	令和5年10月28日より 令和5年11月3日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談の状況	示談が成立( 年 月 日)・ 交渉中 示談をする予定( 11 月ごろ) 示談はしない 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品名	受領年月日	
損害賠償に関する交渉の経過				

- 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 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 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。
- 4 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。