

第三者行為による傷病届（介護）【記入例】

令和元年5月10日

倉敷市長様

世帯主 住所 倉敷市西中新田〇-△

氏名 岡山太郎

下記のとおりお届けします。

①	保険者番号	332023	被保険者番号	0123456789			
②	傷病者	氏名	岡山 桃子	届出者との続柄	住所	倉敷市西中新田〇-△	
		(明) 昭平 10年7月14日生	母	TEL (086) 426 - XXXX			
③	第三者	相手方(運転者)氏名	西大寺 花子	職業	住所	岡山市西大寺上〇-△	
				会社員	TEL (086) 944 - XXXX		
		雇用主(車の所有者)名称及び氏名	国保運送(株) 国保 大介	所在地又は住所	岡山市桑田町〇〇-△	TEL (086) 223 - XXXX	
④	負傷の状況	負傷した日時	平 令 31年4月15日 午前 9時30分頃	負傷した場所	倉敷市西中新田〇-△先路上		
		負傷の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 交通事故	負傷の程度(傷病名)	脳挫傷、左大腿骨骨折 等		
⑤	介護サービスの利用状況	事業所名	〇〇訪問看護ステーション	利用開始日	平 令 元年 5月 1日		
				利用開始日	平・令 年 月 日		
				利用開始日	平・令 年 月 日		
	住宅改修	階段の手すりの取付け	領収日	平 令 31年4月30日			
	福祉用具購入	入浴補助用イスの購入	領収日	平 令 31年4月30日			
	その他のサービス		領収日	平・令 年 月 日			
⑥	第三者の自動車保険等	自賠責保険(共済)契約会社名	△△火災海上保険(株)	証明書番号	第 ABC - 123456789 号		
		契約者氏名	国保運送(株) 国保 大介	契約者住所	岡山市桑田町〇〇-△	TEL (086) 223 - XXXX	
		任意保険(対人)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	会社名	〇〇損害保険(株) 岡山サービスセンター	担当者名	損保三郎 TEL (086) 225 - XXXX
		交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険の名称		証券番号	
		会社名		担当者名	TEL () -		
⑦	示談状況	<input type="checkbox"/> 示談成立(平・令 年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input checked="" type="checkbox"/> 成立していない					

※ 交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください。

⑧ 事 故 発 生 状 況	現場見取図 (道路幅をmで記入してください)	天 候 <input checked="" type="checkbox"/> 晴れ <input type="checkbox"/> くもり <input type="checkbox"/> 雨 <input type="checkbox"/> 雪 <input type="checkbox"/> 霧
		交通状況 <input type="checkbox"/> 混雑 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 閑散
	道路状況、信号、標識等 ① 道路 <input checked="" type="checkbox"/> 平坦 <input type="checkbox"/> 坂 <input type="checkbox"/> 凍結路 ② 歩道 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ③ 見通し <input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 悪い ④ 信号 <input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない ⑤ 一時停止標識又は標示 <input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない ⑥ その他標識等 ()	
	速 度 ① 自車両 約 km/h (制限速度 km/h) ② 相手車両 約 30 km/h (制限速度 30 km/h)	
状況説明 横断歩道のない交差点を横断しようとしたところ、左方より一時停止せずに出て来た相手乗用車と出会い頭に衝突し、負傷した。		

念 書

- ⑨** 上記、第三者行為による傷病届で届け出た保険事故について、介護保険法による保険給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を、介護保険法第21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。
- ⑩** なお、この保険事故の保険給付にかかる損害賠償金の請求及び損害調査のため、次の1から5までの事項を行うにあたり、保険者又は岡山県国民健康保険団体連合会が、届け出た書類及び保険給付に関する書類（認定調査票、主治医意見書、介護給付費明細書、福祉用具購入費支給申請書、住宅改修費支給申請書等）の写しを、必要とする範囲で利用又は提供することに同意します。
- 1 加害者又は保険会社(自賠責保険(共済)会社、任意保険(共済)会社等)への損害賠償金の請求
 - 2 保険給付を受けた介護保険事業者、施設又は診療を受けた医療機関(主治医)等へ照会し、回答を受けること
 - 3 自賠責保険(共済)会社へ損害賠償金の支払状況等を照会し、回答を受けること
 - 4 加害者又は任意保険(共済)会社との損害賠償金額算定のための交渉及び算定根拠資料の授受
 - 5 検察庁等から実況見分調書等の事故状況資料を入手し、加害者等との交渉に利用又は提供すること
- ⑪** また、あわせて次の6から8までの事項を遵守することを誓約します。
- 6 加害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
 - 7 加害者に白紙委任状を渡さないこと
 - 8 加害者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 元 年 8 月 21 日

本人自署による署名の場合は押印不要です。
署名以外の場合は押印が必要です。

⑫ 住所 倉敷市西中新田〇ー△
氏名 岡山 桃子

傷病者との関係: 本人 世帯主 親権者 後見人 その他()

倉 敷 市 長 様