

## 第三者行為による被害届

被害者	被保険者証記号番号 被保険者番号	00000001				
	住所	富山市婦中町速星754番地		TEL 076-465-7504 緊急連絡先		
	氏名	広城 太郎	生年月日	明. 大. 昭. 平 8年 8月 8日	職業	
事故発生日		平成20年10月10日	発生場所		富山市有沢〇〇〇番地	
治療状況	傷病名	大腿骨骨折				
	医療機関等	名称 富山県後期高齢者医療病院 所在地 富山市婦中町〇〇〇番地 TEL 076-465-7504	名称 所在地 TEL			
	治療期間 (見込み)	入院 平成〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日 外来 平成〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日	入院 年 月 日～ 年 月 日 外来 年 月 日～ 年 月 日			
加害者	住所	富山市婦中町速星〇〇〇番地		TEL 緊急連絡先		
	氏名	後期 花子	生年月日	明. 大. 昭. 平 34年4月1日	職業 会社員	
	使用者住所	加害者が使用者及び保有者で無 いとき記入して ください。		TEL		
	使用者氏名			生年月日	明. 大. 昭. 平 年 月 日	職業
	保有者住所	氏名				
	自動車登録番号	富山500 お 〇〇〇〇		車台番号	〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇	
	自賠責保険(共済)	名称 日本海上日動 所在地 富山市1111	証明書 番号	〇〇〇〇〇〇〇		
	任意保険(共済)	名称 日本海上日動 担当者名(富山) 所在地 富山市1111 TEL 076(465)7501	証 券 番 号	〇〇〇〇〇〇〇		
損害賠償に関する請求・支払方法	1. 自賠責保険 2. 任意一括 3. その他					
人身障害保険の有無	1. 有( ) 担当: ( ) 2. 無					
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6 高年齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条</p> <p>平成△△年 △月 △日 ← 提出日をご記入ください。</p> <p style="text-align: right;">住所 富山市婦中町速星754番地 届出人 氏名 広城 太郎 ㊟</p> <p>富山県後期高齢者医療広域連合長 様</p>						

- 注 1 この届(高年齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条)の被保険者が被害を受けた場合に提出してください。  
は 介 護 保 険 法  
また、できるだけ詳細に記入してください。
- 2 自動車のひき逃げ等で、加害者が不明の場合はその旨を記入してください。
- 3 示談が成立している場合は、示談書の写しを添付してください。

# 事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲 甲車の運転者 (相手方)	氏名 後期 花子	乙 (被害者)	氏名 広城 太郎	運転・同乗 { 甲車 甲車以外の 歩行 } その他	
天候 (晴・曇・雨・雪・霧)		交通状況 (混雑・普通・閑散)		明暗 (昼間・夜間・明け方・夕方)	
道路状況	歩道 { ある (両側・片側) ない }	中央線 { ある (白線・黄線) ない }	見通し { 良い 悪い }	坂 { 登り 下り }	
信号又は標識	信号 { ある ない }	駐車禁止 { されている されていない }	標識 { 一時停止 その他 ( ) }		
速度	甲車 40 km/h (制限速度 30 km/h)	甲車以外の車	km/h (制限速度	km/h)	
事故発生状況略図	<p>○事故現場における被害者と加害者との状況を図示してください。 (道路幅をmで記入してください。)</p>				
詳細説明	<p>○上記図の説明をできるだけ詳しく書いてください。</p> <p>乙が横断歩道を赤信号で渡ろうとしたところ、青信号で右から来た甲に衝突された。</p>				
過失割合	甲	%	乙	%	その他

事故発生現場の状況は、上記のとおりです。

平成△△年△月△日 ← 提出日をご記入ください。

報告者 甲との関係 ( )

住所 富山市婦中町速星754番地

乙との関係 ( 本人 )

氏名 広城 太郎

印

※ 交通事故証明書を必ず添付してください。

# 念 書

平成 ○○年 ○月 ○日 富山市有沢○○○番地 において

後期 花子 の不法行為により 広城 太郎 の被った保険事故について

国 民 健 康 保 険 法

高齢者の医療の確保に関する法律 に基づく保険給付を受けた場合、私が加害者に対して  
介 護 保 険 法

国 民 健 康 保 険 法 第 6 4 条 第 1 項

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 5 8 条 第 1 項 の規定によって  
介 護 保 険 法 第 2 1 条 第 1 項

貴職が給付の価額の限度において代位取得し、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、併せて次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 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。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者側から金品を受けた時は、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申し出ること。

また、貴職またはその委託するものが、上記法令に基づく請求のために必要な範囲で適正に、私の個人情報を次のとおり取り扱うことに同意します。

- 1 私が受診した医療機関等から、診療状況等の情報の提供を受けること。
- 2 損害保険会社等から、事故様態、診療状況、私が受領した金額・内訳（その見込みを含む。）及びその他必要な情報の提供を受けること。
- 3 損害賠償請求を行うにあたって、診療報酬明細書等の写しを加害者の加入する損害保険会社等へ提供すること。

平成 △△年 △月 △日 ← 提出日をご記入ください。

住 所 富山市婦中町速星 7 5 4 番地

氏 名 広城 太郎 (印)

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

# 誓 約 書

平成 ○○年 ○月 ○日 富山市有沢○○○番地 において

後期 花子 が 広城 太郎 様を負傷させました。

このことにより被害者が 国民健康保険  
後期高齢者医療制度 から受けた保険給付については  
介護保険

国民健康保険法 第64条第1項

高齢者の医療の確保に関する法律 第58条第1項 の規定により貴職が負担した額を必ず納付  
介護保険法 第21条第1項

することを保証人連署のうえ誓約いたします。

平成 □□年 □月 □日 ← 提出日をご記入ください。

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

損害賠償金支払義務者

住 所 富山市婦中町速星○○○番地

氏 名 後期 花子 ⑩

保 証 人

住 所 富山市○○○○

氏 名 日本海上日動 富山 一郎 ⑩

(電話番号 076 - 465 - 7501)