

様式第25号の2(第15条関係)

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。

年 月 日

佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様

世帯主 住所
 氏名 ㊟
 電話

被害者	フリガナ			生年月日	明大昭平 年 月 日 (才)			
	氏名			性別(任意)	男・女	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	※記載の必要ありません。		
介護保険		被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。			
電話(連絡先)※		() -		※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	加害者	住所※						
		電話(連絡先)	() -					
		フリガナ			性別(任意)	男・女	年齢	才
	氏名※			性別(任意)	男・女	年齢	才	職業
	責任者との関係	本人・従業員・親族・その他()						
	責任者(使用者・所有者等)	住所(所在地)						
		電話(連絡先)	() -					
		名称						
代表者								
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		有(保険会社等の名称 担当者名)・無・不明						

受傷の内容	受傷日時	年 月 日		午前	時	分頃	
	受傷場所						
	受傷原因と状況	(どのようにして受傷したか具体的に記入してください)				※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 type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他	
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署		警察署		
	目撃者	あり ()・なし					
心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
	被害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
治療関係	傷病名						
	医療機関の所在地・名称						
	診療の期間(見込期間)	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)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)			
示談	示談が成立した (年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定 (月ごろ)・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。
- 5 性別の記入は任意です。

連 絡 先	課 係	担当者 ()
		電 話 ()