

第三者の行為による被害届

山梨県後期高齢者医療広域連合長 あて

被保険者 住所
氏名
電話

(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条の規定により)次のとおりお届けします。

Form with multiple sections: 被保険者又は受給者(被害者), 相手方(加害者), 相手方(加害者)自動車関係, 事故の内容, 治療関係, 示談, 損害賠償金を受領した場合. Includes fields for insurance details, personal information, accident details, and compensation.

※1. 交通事故の場合、交通事故証明書、事故発生状況報告書、自賠責(任意)保険証[写]、念書、誓約書、保険・医療給付内訳書、診療報酬明細書[写]、示談の[写](示談書が作成されている場合)を各1部添付してください。 ※2. 添付書類がすぐそろわないものは後日提出してください。 ※3. 不明な部分については下記へおたずねください。

保険者連絡先 課 係:担当者 (電話)

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】 相手方 (加害者)	氏名	【乙】 被保険者 又は受給者 (被害者)	氏名	・運転 ・同乗 (甲車・甲車以外の車) ・歩行 ・その他
	速度 (制限速度)		速度 (制限速度)	
	km/h		km/h	
	km/h		km/h	
道路 状況	舗装(有・無)、歩道(有[両・片]・無)、車道幅員(m)、カーブ(急・ゆるやか)、 坂道(急・ゆるやか)、見通し(良・悪)、路面(凍結・積雪・その他)			天 候 晴・曇 雨・雪 その他()
信号・標識	信号機(有・無)、駐車禁止(有・無)、停車禁止(有・無)、一時停止標識(有・無)			
事故現場における状況をわかりやすく図示してください。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください)			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 60%;"> <p>相手方(加害)自動車(甲) </p> <p>甲車以外の車(乙) </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 </p> <p>オートバイ </p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>相手方(加害)自動車(甲) </p> <p>甲車以外の車(乙) </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 </p> <p>オートバイ </p> </div> </div>			
上記図の説明を 書いてください。	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

甲車以外の車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の 番号		運転者	氏名 (電話)
保有者	〒 住所		氏名 (電話)

平成 年 月 日

報告者 甲との関係() 氏名
乙との関係() 氏名

印
印

念 書

平成 年 月 日 私が、第三者行為により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医療給付を受けたときは、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により医療給付額の限度において、山梨県後期高齢者医療広域連合長が相手方(加害者) に対する損害賠償権を取得し、行使し、かつ賠償金を受領することに異議のないことを書面をもって申し立てます。

なお、次の事項を遵守することを誓約します。

記

1. 医療給付の限度額において、自動車損害賠償責任保険、自動車損害賠償責任共済・任意保険の対人賠償保険を貴職が受領されること。
2. 相手方(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、承諾を得ること。
3. 相手方(加害者) に白紙委任状を渡さないこと。
4. 相手方(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。
5. 貴職が、相手方(加害者) の保険会社等へ医療給付にかかる明細書(診療報酬明細書等) を提出すること及び、本保険事故により私が受診した保険医療機関等から、山梨県国民健康保険団体連合会が、事故に関する診療状況等の情報提供を受けることに同意すること。
6. 貴職が連絡を求めた件について、上記の他の新たな事実が発生したときは速やかに届け出ること。

平成 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

※

住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 _____

山梨県後期高齢者医療広域連合

連合長 あて

(注) 被保険者又は受給者(被害者) が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。
印鑑証明書を添付してください。

誓 約 書

山梨県後期高齢者医療広域連合の高齢者の医療の確保に関する法律の
_____ 殿(被保険者又は受給者)が受けた医療給付は、私の
平成 年 月 日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します。

記

1. 医療給付確定時に損害賠償金を貴職に支払いすること。
2. 貴職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。
3. 上記1の支払いに充てるため、_____ 保険株式会社・共済農業協同組合に対して有する自動車損害賠償責任保険・自動車損害賠償責任共済から受けるべき保険金・共済金ならびに任意保険の対人賠償保険金中、医療給付額を限度として、貴職が受領することを承諾し、誓約書の受領権を行使しないこと。
4. 加害者請求権により保険金等を請求する場合は、貴職にも連絡をすること。

平成 年 月 日

誓約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

契約者との関係 _____

山梨県後期高齢者医療広域連合
_____ 連合長 いて

(注) 加害者(誓約者)が未成年の場合は、親権者が誓約書を差し入れてください。
印鑑証明書を添付してください。