

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証記号番号 23 - 99 - 9999		個人番号 (マイナンバー)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
	氏名 佐藤 花子		昭和・平成・令和 60 年 12 月 10 日生														
	被害者事故時 工作中・通勤中・ それ以外																
第三者	氏名 鈴木 一郎		使保 用護 者者	名称													
	住所 江戸川区東小岩6-9-14			所在地													
	職業 会社員			担当者													
	電話 03-3657-1101			電話													
事故当時第三者が、 工作中的時は使用者 未成年の時は保護者 を記入してください。																	
第三者との関係 知人・仕事関係者・ 他人 ・同居家族・その他の親族・その他																	
事故被害状況	発生日時 令和元年5月10日		午前・ 午後 6時30分頃														
	発生場所 江戸川区松江1丁目1番先路上																
	原因・状況 散歩中の犬に咬まれ、左腕を負傷した。																
	傷病名 左腕犬咬傷		保険診療開始 令和元年5月10日														
	警察への届出 令和元年5月10日		小松川 警察へ届出														
病院名	当初 病院																
	転院 病院																
損害賠償請求状況	治療費等の自己負担(該当項目に 印と理由・金額を記入してください)																
	1 負担していない・・・その理由 _____																
	2 負担しているが・・・請求金額 約30,000円																
	ア 請求予定・請求済・受領完了																
	イ 請求した(い)が応じてくれない・・・その理由 _____																
ウ どこにも請求できない、しない 《その理由》 自分の過失・同居の家族 損害賠償義務免除・示談済 のため																	
その他参考事項																	
上記のとおり届け出します。																	
令和元年5月25日																	
江戸川区長 殿														受付印			
住所 江戸川区中央1丁目4番1号																	
被害者世帯主 氏名 佐藤 太郎 印																世帯主の方の署名押印を お願いします。	
電話 03 - 3652 - 1151																	

* 添付書類 示談済の場合は示談書(コピーで可)

国及び江戸川区 御中

同 意 書

私が第三者（ **鈴木 一郎** ）に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第 64 条第 1 項の規定により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者^{（注）}が損害賠償額の支払の請求を第三者又は第三者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付することに同意します。

なお、保険者が損害保険会社等に対して保険金支払の有無及び金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が保険医療機関等に対して事故による診療に関する内容の照会を行い、保険医療機関等から情報提供を受けることに同意します。

さらに、私が 70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置の支給を受けていた場合、当該軽減特例措置によって支給された一部負担金等の一部に相当する額について、国が第三者又は第三者の加入する損害保険会社等に請求を行うこと、国が保険者に損害賠償額の支払の請求及び受領を委任すること並びに国から委任を受けた保険者が当該金額についての請求事務及び受領代行を外部機関に委託することについても同意します。

その上で、保険者が損害保険会社等から受領した金銭と被保険者が返還すべき額を相殺することに同意します。

また、保険者が保険給付又は損害賠償請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に必要な情報を提供した上で照会を行い、その照会内容について情報提供を受けること、保険給付後に傷病の原因が給付制限に該当すると判明した場合、当該制限に係る給付費を速やかに保険者に返還することに同意します。

あわせて、次の事項を守ることを誓約します。

- 1 第三者（保険会社・共済団体を含む）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を貴職に申し出ること。
- 2 第三者（保険会社・共済団体を含む）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 第三者（保険会社・共済団体を含む）から金品を受けたときは受領日、内容、金額を漏れなく、速やかに貴職に申し出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を貴職に報告すること。

令和 **元** 年 **5** 月 **25** 日

被害者が未成年者のときは保護者の方の署名押印をお願いします。

住 所 **江戸川区中央1丁目4番1号**

被害者氏名 **佐藤 花子**



シャチハタ不可

保護者氏名

印

（注）国民健康保険法第 64 条第 3 項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会を含む。