

後期高齢者医療第三者行為による傷病届

福祉 有 無	市町村番号			年 月 日					
		(〒 -)							
愛知県後期高齢者医療広域連合長		様		届出者 住所 氏名 電話					
下記の通りお届けします。				被保険者との関係(本人・配偶者・子・その他())					
事故発生日		年 月 日 午(前・後)	時 分	事故発生場所					
事故原因と状況									
被害者名 (被保険者名)		被保険者番号		職業					
		住所		(〒 -)					
		(フリガナ)氏名		生 年 月 日	年 月 日				
第 三 者 に 関 す る 事 項	運 転 者		氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
			住 所		(〒 -)				
			職 業		電 話		()		
	保 有 者		氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
			住 所		(〒 -)				
			職 業		電 話		()		
			運 転 者 本 人 ・ 親 族 (続 柄) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 () の 関 係						
	契 約 者		氏 名		生 年 月 日	年 月 日			
			住 所		(〒 -)				
			職 業		電 話		()		
			運 転 者 本 人 ・ 親 族 (続 柄) ・ 事 業 主 ・ そ の 他 () の 関 係						
	自 賠 責 保 険		有		保 険 会 社		証 明 書 番 号		
無									
任 意 保 険 (対 人)		有		保 険 会 社		支 店 名		課 名	担 当 者 名
		無				証 券 番 号			
								電 話 ()	
医療機関の所在地・名称(氏名)				傷病名		初診日		年 月 日	
当 初						保 険 診 療		有 ・ 無	
						保 険 診 療 開 始 日			
転医後						診 療 見 込 期 間			
						診 療 見 込 金 額		円	

注意 この申請書に次の書類を添付して提出して下さい。

1. 事故発生状況報告書
2. 交通事故証明書
3. 念書(同意書)等

念書(兼同意書)

事故発生年月日	年 月 日	事故発生場所	
被保険者氏名		相手方(第三者) 氏 名	

- 1 上記事故に関して、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して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58条第1項の規定によって愛知県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）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（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 2 上記事故に関して、広域連合及び同連合との委託契約に基づき愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - (1) 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・念書（兼同意書）等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - (2) 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - (3) 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 3 上記事故に関して、私が高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - (1) 治療が完了したときは、必ず広域連合に申し出ること。
 - (2) 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって広域連合にその内容を申し出ること。
 - (3) 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - (4) 相手方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、かつ遅滞なく広域連合に届け出ること。

年 月 日

住 所

氏 名

印

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

(注) 被保険者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、成年後見人など法定代理人の方が署名してください。

委任状兼同意書

事故発生年月日	令和 年 月 日	事故発生場所	
受給者氏名 (被保険者)		相手方(第三者) 氏 名	

- 上記事故に係る「豊田市福祉給付金支給要綱」に基づく福祉医療費について、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権に関して助成の価額の限度において相手方に請求し、かつ、賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）を豊田市長に委任します。
また、豊田市が求償事務を愛知県国民健康保険団体連合会に委任することを認めます。
- 上記事故に関して、愛知県国民健康保険団体連合会が行う求償事務に必要な以下の事項に同意します。
 - 交通事故証明書・事故発生状況報告書・診療報酬明細書（写）・委任状兼同意書等の書類について、相手方へ提示または提出すること。
 - 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - 事故による治療の終了日及び事故外の診療の有無等について、受診医療機関等へ照会し、回答を得ること。
 - この委任状兼同意書をもって（2）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
- 上記事故に関して、私が豊田市による福祉医療助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
 - 治療が完了したときは、必ず豊田市に申し出ること。
 - 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって豊田市にその内容を申し出ること。
 - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - 相手方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、かつ遅滞なく豊田市に届け出ること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

印

豊 田 市 長 様

(注 1) 受給者が成年被後見人など法律行為を制限される場合は、成年後見人など法定代理人の方が署名してください。

(注 2) 委任状兼同意書の提出にあたり、市町村は本人確認を行うこと。

人身事故証明書入手不能理由書

_____ 保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p style="text-align: center;">理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;">【理由】</div>		
<p>◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。</p>			
届出警察	警察 担当官 (判明している場合)	届出年月日	年 月 日

裏面へ ☞ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input type="radio"/> 当事者 <input type="radio"/> 目撃者 <input type="radio"/> その他 () ※ 該当する項目に○印をしてください	住 所 〒 _____ 記入日 年 月 日 _____ 氏 名 _____ (印) 電 話 () _____

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()		

【 事案情報 被害者名： _____ 事故日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 】

○交通事故概要記入欄

発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丁	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
戊	住所	電話 ()			
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
	自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。