

第三者行為による被害届<交通事故>

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

被保険者証をご確認ください。
あなた自身が任意保険の人身傷害保険
に加入しているかご確認ください。

交通事故証明書をご確認の上、転記し
てください。

事故の相手方に関して把握している事
項を記載してください。

相手方が契約している自賠責保険につ
いて把握している事項を記載してくだ
さい。

相手方が任意保険に加入している場合、
把握している事項を記載してください。

事故により負傷した主な病名を記載して
ください。(例…右足骨折、頸椎捻挫な
ど)

相手方との示談の状況を記載してくださ
い

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。
・国保の方はご加入の市町村
・後期高齢者(主に75歳以上)の方は岩
手県後期高齢者医療広域連合
・医師国保組合の方は岩手県医師国民
健康保険組合

被 保 険 者 へ 被 害 者 へ	フリガナ 氏名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 (才)
	連絡先(自宅)	☎		世帯主氏名		続柄
	連絡先(携帯、勤務先)	☎		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	※記載の必要はありません
	被害者加入の人身傷害保険の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し 有りの場合 保険会社・担当者() 連絡先☎					
事 故 の 状 況	発生日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃		
	発生場所					
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり				
	警察署への届出	<input type="checkbox"/> 届済 <input type="checkbox"/> 未届	届済の場合 ()警察署			
第 三 者 へ 加 害 者 へ に 関 する 事 項	相手者へ運転者	氏名	フリガナ	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才
		住所	〒 連絡先☎			
		職業	連絡先(勤務先)☎			
		契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他()			
	自賠責	保険会社		証明書番号		
		契約者氏名		登録番号		
任意保険	保険会社	連絡先☎				
		担当者名		証券番号		
診 療 関 係	主たる傷病	治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名	(転医) 病院名		
	治療経過	年 月 日現在	<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	治療期間	年 月 日 から	年 月 日			
	示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立				
□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 により上記のとおりお届けします。						
	届出年月日	年 月 日	世帯主	住所		
		(市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合)	長 様	氏名		
				電話番号		
注 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. 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。 3. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 4. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。						

治療を受けた病院等を記載してください。な
お、病院を転医された場合は、転医先も記
載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況を
記載してください。

被保険者の属する世帯の世帯主が届出人
となります。世帯主が負傷等で記載できな
いときは家族の方が記載してください。捺印
も忘れずに行ってください。

第三者行為による被害届<交通事故(介護保険用)>

チェックボックス□の項目はいずれかに
✓してください。

分からないところは介護保険被保険者
証をご確認の上、転記してください。

交通事故証明書をご確認の上、転記し
てください。

事故の相手方に関して把握している事
項を記載してください。

相手方が契約している自賠責保険につ
いて把握している事項を記載してくだ
さい。

相手方が任意保険に加入している場
合、把握している事項を記載してくだ
さい。

事故により負傷した主な病名を記載して
ください。(例…右足骨折、頸椎捻挫な
ど)

介護サービスの利用状況を記載してくだ
さい。

相手方との示談の状況を記載してくださ
い。

届出年月日を記載してください。

届け先を記載してください。(介護保険
被保険者証の保険者名称になります。)

被 保 険 者	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日(才)			
	被保険者証番号		連絡先	☎						
	住所	〒								
	要介護認定区分	<input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2								
		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
事 故 の 状 況	発生日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃								
	発生場所									
	事故原因と状況	別紙事故発生状況報告書のとおり								
第 三 者 ハ 加 害 者 に 関 す る 事 項	相 手 者 ハ 運 転 者 V	氏名		フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才	
		住所	〒						連絡先☎	
		職業							連絡先(勤務先)☎	
	自 賠 責	契約者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 譲受人 <input type="checkbox"/> 借受人 <input type="checkbox"/> その他()							
		保険会社		証明書番号						
任 意 保 険	契約者氏名		登録番号							
	保険会社							連絡先☎		
	担当者名		証券番号							
損害賠償に関する交渉の経過										
診 療 関 係	介護サービスの利用 に至った主な傷病		治療を受けた 病院等の名称	病院名	←入外区分					
	治療経過	年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止								
	治療期間	年 月 日 から 年 月 日								
介 護 保 険 利 用 状 況	サービスの種類	事業所名			利用開始年月日					
					年 月 日					
					年 月 日					
	示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立								
介護保険法施行規則第33条の2 により上記のとおりお届けします。										
	年 月 日	届出人		住所						
	(市町村、介護広域組合・介護広域連合)	氏名		☎						
	長 様	(被害者との続柄:)						
		電話番号								
注 1. 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。 2. 自賠責共済、任意共済の場合は「保険」を「共済」と読み替えて記載してください。 3. 示談書が作成してあれば写しを添付して下さい。										

これまでの相手方との交渉状況について把握
していることがあれば、記載してください。

治療を受けた病院を記載してください。

事故の負傷における現在の治療の状況及
び治療に要した期間を記載してください。

本被害届について届け出た方を記載してく
ださい。捺印も忘れずに行ってください。