

第三者行為による被害届

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。

受傷の原因が相手方の行為により発生した
ものか確認する項目です。(飼い犬によるケガの相手方は飼い主となります。)

受傷の原因をできるだけ詳しく記載してください。
書ききれない場合は別紙をご活用ください。

警察が介入する事故であったか確認する項目です。

相手方に関して把握している事項を記載してください。

未成年の場合は親権者、施設事故などの場合は施設責任者や代表者を記載してください。

相手方が賠償保険に加入していることが分かる場合に記載してください。

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	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		
事故の状況	受傷日時	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分頃				
	受傷場所							
	受傷内容	<input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他()						
	第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無						
	受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙)							
	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△加害者▽に関する事項	目 撃 者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 目撃者が分かる場合()						
	第三者△加害者▽	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)☎					
責任者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他()							
責任者▽	氏 名	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 齢	才	
	住 所	〒 連絡先☎						
加害者の賠償責任保険の有無	<input type="checkbox"/> 有(保険会社名 担当者名) <input type="checkbox"/> 無							
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	入外区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	(転医)病院名	入外区分 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	
	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						
示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した(年 月 日) <input type="checkbox"/> 未成立							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 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。								
年 月 日								
(市町村、国保組合、後期高齢者医療広域連合) 世帯主 住所								
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。								

受傷原因に当てはまる項目がないときは、
その他に記載してください。

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(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。

受傷の原因が相手方の行為により発生した
ものか確認する項目です。(飼い犬による
ケガの相手方は飼い主となります。)

受傷の原因をできるだけ詳しく記載してく
ださい。書ききれない場合は別紙をご活
用ください。

警察が介入する事故であったか確認す
る項目です。

相手方に関して把握している事項を記載
してください。

施設事故などの場合は施設責任者や代
表者を記載してください。

相手方が賠償保険に加入していることが
分かる場合に記載してください。

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)
	住所	〒					
	連絡先	☎					
事 故 の 状 況	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					
	受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	受傷場所						
	受傷内容	<input type="checkbox"/> けんか・闘争 <input type="checkbox"/> 飼い犬等の動物による負傷 <input type="checkbox"/> 店舗等施設の事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 傷害・暴力 <input type="checkbox"/> 自転車衝突 <input type="checkbox"/> その他()					
	第三者有無の確認	上記受傷原因に起因する相手の有無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 1人 <input type="checkbox"/> 複数) <input type="checkbox"/> 無					
	受傷原因と状況 (書ききれない場合は別紙)	----- ----- -----					
第 三 者 へ 加 害 者 に 関 する 事 項	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					
	目撃者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 目撃者が分かる場合()					
	第三者へ加害者 責任者	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才
損 害 賠 償 に 関 する 交 渉 の 経 過	住所	〒					
	職業	連絡先☎					
	責任者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族(親、子等) <input type="checkbox"/> 従業員 <input type="checkbox"/> その他()					
診 療 関 係	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	才	
	住所	〒					
	加害者の賠償責任 保険の有無	<input type="checkbox"/> あり(保険会社名 担当者名) <input type="checkbox"/> なし					
介 護 保 険 利 用 状 況	損害賠償に関する交渉の経過						
	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 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来			
	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					
介 護 保 険 利 用 状 況	治療期間	年 月 日 から 年 月 日					
	サービスの種類	事業所名	利用開始年月日				
			年 月 日				
介 護 保 険 利 用 状 況			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 ⑨							
長 様 (被害者との続柄:)							
電話番号							

受傷原因に当てはまる項目がないときは、
その他に記載してください。

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。

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。