

(様式4号)

第三者行為による傷病届

被保険者 (被害者)	フリガナ	カイゴ	ハナコ	保険者名			
	氏名	介護	花子	〇〇〇市			
	明・大・昭・平	〇年	〇月	〇日生(〇〇歳)			
				被保険者証番号 1234567890			
第三者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号		電話	00-0000-0000		
	フリガナ 氏名	カガイ ジロウ 加害次郎		〇〇年 〇月 〇日生			
	住所 名称 代表者名			電話			
事故の 状況	発生日時	令和 〇〇年 〇月 〇日		午前 午後	〇時 〇分頃		
	発生場所	〇〇市〇〇町一丁目2番3号地先					
	原因・状況	道路を横断していて、停車車両の右側を走行してきた加害者 運転の普通乗用車と衝突した。					
診療 関係	傷病名	骨盤骨折	初診日	〇〇年 〇月 〇日			
	治療までの 見込み	入院 〇〇日	通院 〇〇日	費用	〇〇〇〇〇〇円		
	保険医療機関	住所 名称	〇〇市〇〇町一丁目3番5号 〇〇病院	電話	00-0000-0000		
	介護保険による給付	平成 〇〇年 〇月 〇日から		している・していない			
	介護給付を受けた 事業所名	当初	デイサービス 〇〇	転移後	△△ヘルパーステーション		
損害賠償 関係	示談等の交渉状況	現在未定					
	自賠責 保険	保険会社名	〇〇損害保険株式会社	電話	00-0000-0000		
		契約者名	加害次郎		証明書番号	ABCD1234	
		所有者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号			
	任意 保険	保険会社	住所	〇〇市〇〇町二丁目3番4号			
			名称	△△海上火災保険		電話	00-0000-0000
		証券番号	EFGH5678	保険期間			担当者

上記のとおりお届けします。

令和〇〇年 〇月 〇日

住所 〇〇市〇〇町3-4-5

氏名 介護 花子

印

高槻市長

様

(注)太枠は必ずご記入ください。

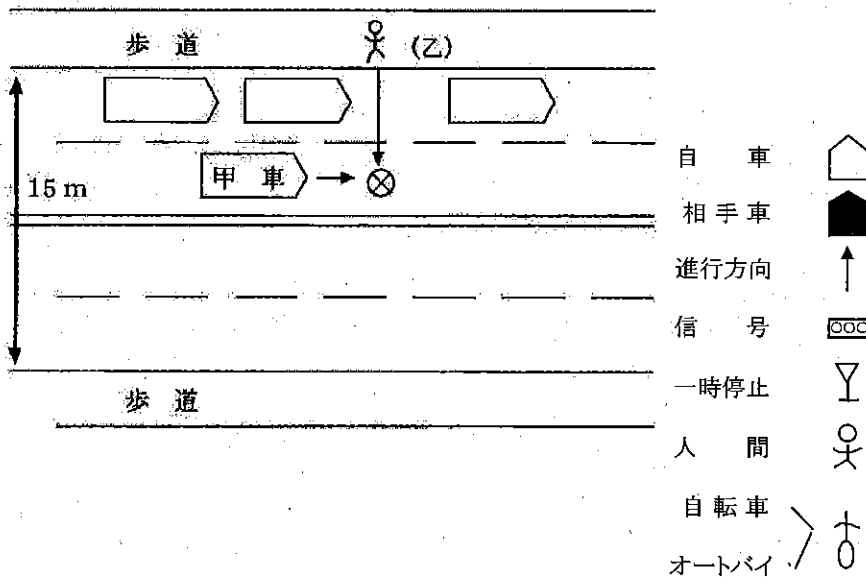
(様式 3号)

事故発生状況報告書

甲 第三者名	加害 次郎	乙 被保険者名	介護 花子	運 転・同 乗 歩 行・その他
速 度	甲車 ○km/h(制限速度 ○km/h)	甲車以外の車	km/h(制限速度	km/h)
天 候	晴 (雲)・雨・雷・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明 暗 昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装	してある してない	歩道(両・片)	あ る な い
	直線	カーブ	平地	坂・見通し 悪い
	良い	積雪路	凍結路	

事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。

事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい)



書上
記
て
図
下
の
説
明
を

乙が道路を横断していて、停車車両の右側を走行してきた甲車(普通乗用車)と衝突し、負傷した事故である。

令和〇〇年 〇月 〇日

報告者 甲との関係(本人) 氏名 加 害 次 郎 ㊞

乙との関係(本人) 氏名 介 護 花 子 ㊞

(様式 5 号)

同 意 書

令和〇〇年 〇月 〇日 〇〇市〇〇町一丁目 2 番 3 号地先 において
加 害 次 郎 の不法行為により 介 護 花 子 の被った
保険事故について、介護保険法による介護給付を受けた場合は、私が第三者に対して
有する損害賠償請求権を介護保険法第 21 条第 1 項の規定によって保険者が給付の価額
の限度において取得し、行使し、かつ賠償金を受領すること、及び下記の事項に同意
いたします。

記

- 1 貴職が、第三者行為による傷病届等の関係書類（事故と因果関係のある診療の有無を確認するためのもの）を損害保険会社等へ提出すること。
- 2 貴職が、保険事故の原因、内容、損害・責任の程度、及び損害保険会社からの支払状況確認のために必要な情報を事業所、医療機関、損害保険会社等から提供を受けること。
- 3 第三者との示談に際しては、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
- 4 第三者に白紙委任状を渡さないこと。
- 5 第三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。

令和 年 月 日

住 所 〇〇市〇〇町 3 - 4 - 5

氏 名 介 護 花 子 ㊞

高槻市長 様

(様式6号)

誓約書

貴（保険者）の介護保険の下記被保険者が受けた介護給付は、私の不法行為（交通事故）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いたします。

1. 介護給付額確定時に損害賠償金を貴殿に支払いすること。
2. 貴殿の書面承諾なしに示談したときは介護保険給付分に限り、何人に対しても示談の効力を主張しないこと。

令和〇〇年 〇月 〇日

誓約者 住所 〇〇市〇〇町一丁目1番1号
氏名 加害次郎 ㊟
保証人 住所 〇〇市〇〇町二丁目3番4号
△△海上火災保険
氏名 大阪サービスセンター 〇〇〇〇 ㊟

高槻市長 様

記

保有者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号		
	氏名	加害次郎	証明書番号	〇〇〇〇〇
加害者 (運転者)	住所	※		
	氏名	※	誓約者との関係	※
被害者 (要介護認定者)	住所	〇〇市〇〇町3-4-5		
	氏名	介護花子		

※印欄は誓約者と運転者が異なる場合のみ記入してください。