

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 ^ 被 害 者 v	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 後期高齢者	記号番号 被保険者番号	個人番号	個人番号	※記載の必要はありません		
事 故 の 状 況	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	〒	
	発生日時	年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃						
	発生場所							
第 三 者 ^ 加 害 者 v	相手方 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 に 関 す る 事 項	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				〒	
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	氏名	電話番号	〒			
長 様								

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。

- 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提出し、後日判明次第ご連絡してください。
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。

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 へ 加 害 者 に 関 する 事 項	相手者へ 運転者 の 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		
任 意 保 険	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			
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		<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			
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。							
	届出年月日	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			

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。