

(様式4号)

### 第三者行為による傷病届

給付実績があるか  
必ず確認してください

被保険者 (被害者)		フリガナ カイゴ ハナコ 氏名 介護花子	保険者名 〇〇〇市 被保険者証番号 1234567890
明・大・ <u>昭</u> ・平		〇年 〇月 〇日生(〇〇歳)	
第三者	本人	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
	使用者	住所 名称 代表者名	電話
事故の 状況	発生日時	平成 〇〇年 〇月 〇日 午前 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
	治癒までの 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	電話
	介護保険による給付	平成 〇〇年 〇月 〇日から	<u>している</u> ・していない
損害 賠償 関係	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
	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
任意 保険	契約者名	加害次郎	証明書番号 ABCD1234
	保有者	住所 〇〇市〇〇町一丁目1番1号	
	住所	〇〇市〇〇町二丁目3番4号	
任意 保険	保険会社 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 〇〇〇〇

介護保険証番号  
(10ケタ)を記入  
※国保・後期高齢の  
証番号での間違い多し

業務上で事故を起こした場合は、  
使用者責任を問える場合があります

分かる範囲で  
記載してください

☆事故に遭った当時はデイサービス  
〇〇を使用していたが、  
その後△△ヘルパーステーションに  
サービス変更した例

上記のとおりお届けします。  
平成〇〇年 〇月 〇日

第三者(相手方)の任意保険であるかを  
確認してください

住所 〇〇市〇〇町3-4-5  
氏名 介護花子 (印)

(保険者の長) 様

(注)太枠は必ずご記入ください。

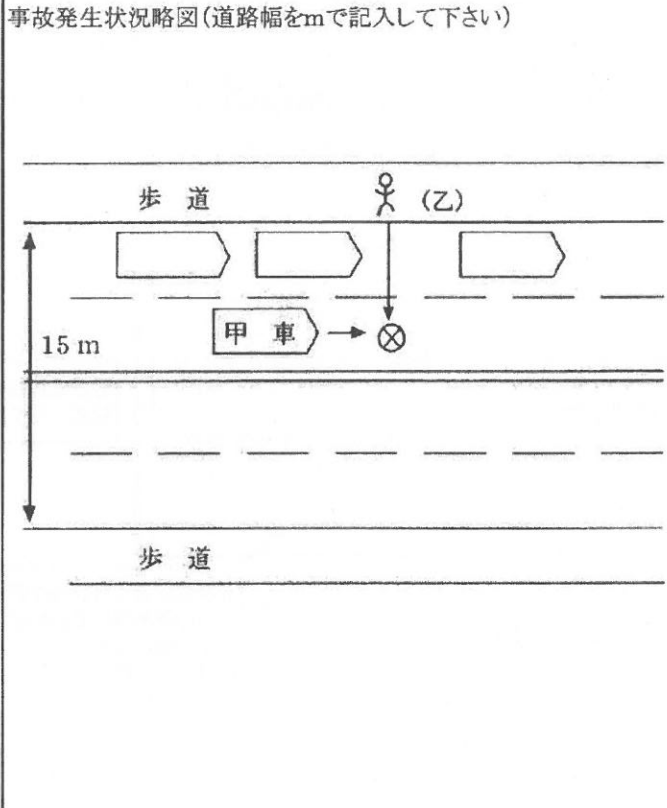
(様式 3号)

### 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・曇・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 <u>してある</u> / <u>してない</u>		歩道 <u>(両)・片</u> / <u>ある</u> / <u>ない</u> / <u>直線</u> / カーブ	
	<u>平坦</u> / 坂・見通し <u>良い</u> / 悪い		積雪路・凍結路	

分かる範囲で記載してください

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。



記載必須です  
(簡潔でも良いので)

上記で図下さの説明を

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。

平成〇〇年 〇月 〇日

報告者 甲との関係(本人)氏名 加害 次郎 ①

乙との関係(本人)氏名 介護 花子 ①

記名・捺印もれに注意

被保険者が記入

(様式5号)

## 同意書

平成〇〇年 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。

平成 年 月 日

住所 〇〇 市 〇〇 町 1-1-1

氏名 介護花子 ㊞

〇〇 市長 様

第三者記入

(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。

平成〇〇年 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 印

保証人 住 所 〇〇市 〇〇町 二丁目 3番4号  
氏 名 △△海上火災保険  
大阪サービスセンター 〇〇〇〇 印

〇 〇 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		

任意保険が対応している場合は  
損保会社の担当者の部署、氏名を  
記入・押印してもらってください。

※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。