

第三者の行為による傷病届 (兼「同意書」)

(届出先) 神奈川県後期高齢者医療広域連合長

令和5年 4月 10日

(届出者)

※ 届出者が左記被保険者と異なる場合には、以下もご記入ください。

保険者番号	3	9	1	4	1	1	1	1
被保険者番号	2	2	2	2	2	2	2	2
(7桁)被保険者氏名	コウキ イチロウ 後期 一郎							
生年月日	明・大 昭		8年	1月	1日			
住所(居住地)	〒 ΔΔΔ-〇〇〇〇 神奈川県ΔΔ市ΔΔΔ 11-1 (電話) 〇〇〇-××××-××××							

届出者氏名 コウキ タロウ 後期 太郎

被保険者との関係 (マルを付ける) 配偶者 子・その他 ()

電話(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇〇-××××
〒 〇〇〇-ΔΔΔΔ

住所(居住地) 神奈川県〇〇市ΔΔΔ 22-2

被保険者本人が届出をできない理由
 1. 本人が負傷又は入院中のため
 2. その他

※その他の場合は、具体的にご記入ください。

次のとおり、関係書類を添えて届け出ます。

第三者(相手方)	相手方(本人)	氏名	コウキ ハナコ 広域 花子	住所(居住地)(電話)	〒 Δ Δ Δ - 〇 〇 〇 Δ 神奈川県ΔΔ市ΔΔΔ 33-3	電話	〇〇〇- (×××)-××××
	使用主 業務中の場合に記入	事業所名		住所(所在地)	〒 <input type="checkbox"/> は、交通事故証明書から転記が可能な項目です。	代表者名	
負傷の日時および場所	令和5年 4月 4日 午前 3時 3分頃		午後	(場所)	神奈川県ΔΔ市Δ〇44-4		

発病の原因又は負傷時の状況 **別紙「事故発生状況報告書」のとおりに**

診療状況	後期高齢者医療被保険者証の使用の有無	令和5年 4月 4日 より使用	診療を受けた保険医療機関名	当初	〇×病院
				転院後	ΔΔ診療所

【 同意に関する事項 】

この事故で高齢者の医療の確保に関する法律(以下「高確法」という。)の後期高齢者医療給付を受けたときは、高確法第58条第1項及び第3項の規定により、保険給付額の限度において神奈川県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)が第三者(相手方)に対する損害賠償請求権を法律上当然に取得、行使し、かつ賠償金を受領することに異議ないことをここに書面をもって申立てます。

なお、あわせて次の事項に同意するとともに、遵守することを誓約します。

- 第三者(相手方)と示談を行おうとする場合は、必ず前もって広域連合にその内容を申し出ること。
- 第三者(相手方)に白紙委任状を渡さないこと。
- 第三者(相手方)から示談金の全部又は一部を受領した場合は、受領年月日及び受領金額を遅滞なく広域連合に届け出ること。
- 交通事故である場合、保険給付額の限度において、自動車損害賠償責任保険(共済)からの損害賠償金を、広域連合が受領されること。
- 私が保険会社等から受けた金品の有無及びその金額、内訳(その見込みを含む)等事項の情報について、関係損害保険会社等が広域連合へ情報提供し、広域連合が関係損害保険会社等からその情報を受けること。
- 広域連合が損害賠償請求事務において必要な事項(診療報酬明細書及び傷病届等資料の写し)並びにこの同意書を、関係損害保険会社へ提供すること。
- 広域連合が損害賠償請求事務において必要な事項(治療医療機関名、診療日数、保険給付額等)並びにこの同意書を、相手方に提供すること。

令和 5年 4月 10日

被保険者氏名 後期 一郎 印

※署名又は記名・押印

【備考】	※処理欄(市区町村窓口確認欄) 【添付書類】 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 人身事故証明書入手不能理由書 <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input type="checkbox"/> 誓約書(有・無) <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> 事実証明願 <input type="checkbox"/> 事実申立書 <input type="checkbox"/> その他()	受付印
------	--	-----

(注意) 1 自動車のひき逃げ等で相手方が不明の場合は、その旨を記入してください。
 2 後日調査の必要がありますので、関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。