

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
したものが確認する項目です。(餵い犬
によるケガの相手方は餵い主となりま
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	□大正 □昭和 □平成 □令和 年 月 日(才)				
	連絡先(自宅)	<input type="checkbox"/>				世帯主氏名			続柄		
	連絡先(携帯、勤務先)	<input type="checkbox"/>				職業					
	法制	国保・退職 後期高齢者	記号番号			個人番号					
事 故 の 状 況	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)										
	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 ハ 加 害 者 ノ 関 係 者	氏名	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢			
		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()									
診 療 関 係	氏名	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢				
	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									
示 談 の 状 況	主たる傷病	治療を受けた 病院等の名称	(当初) 病院名		(転医) 病院名						
	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											
□国民健康保険法施行規則第32条の6 □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。											
(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. 自賠償共済、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. 示談書が作成でき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、頭椎捻挫な
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)	----- ----- -----					
	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 ハ 加 害 者 V 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()					
	第三者ハ加害者V 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	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"/> あり(保険会社名 担当者名) <input type="checkbox"/> なし						
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			
	治療経過	年 月 日現在 <input type="checkbox"/> 治療 <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届けます。							
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				

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. 自賠償共済、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。