

第6号様式（第16条関係）

介護保険第三者の行為による傷病届

年 月 日









いわき市長 様

注意 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

届出者	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	電話番号			
被害者	被保険者番号				
	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	電話番号			
加害者	氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所	電話番号			
加害者の使用者	氏名(名称)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住所(所在地)	電話番号			
事故の状況	日時	年 月 日 時 分ごろ			
	場所				
	具体的状況				
介護保険の利用	<input type="checkbox"/> 利用している (年 月 日から) <input type="checkbox"/> 利用していない				
損害保険等	自動車損害賠償責任保険	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入			
	任意保険(対人)	<input type="checkbox"/> 加入 <input type="checkbox"/> 未加入			
	その他()				

備考 事故の状況等を明らかにする書類を添付してください。

事故発生状況報告書

相手方	氏名		被保険者 医療受給者 要介護者等	氏名		運転・同乗 歩行・その他
天候等	晴・雪・雨・曇・その他	事故時の速度	相手方車両	km/h(制限速度	km/h)	
			被保険者 医療受給者 要介護者等	車両	km/h(制限速度	km/h)
道路状況	舗装：有・無 歩道：有・無、直線・カーブ 平坦・坂道 見通し：良い・悪い 積雪路・凍結路 昼間・夜間・明け方・夕方 交通量：混雑・普通・閑散 その他					
信号、標識	信号機	駐車	一時停止標識	相手の道路	有・無 禁止・なし 禁止・なし 有・無 広い・同じ・狭い・不明 その他	
状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)					
	<div style="text-align: right;"> 自動車  相手車  進行方向  信号機  一時停止  人間  二輪車  自転車  </div>					
上記図の説明を	書いて下さい					

※相手車以外の車について判明している場合、ご記入下さい。

自動車の番号		運転者	氏名 (電話)
保有者	〒 住所	氏名	(電話)

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

相手方との関係()

報告者

被保険者
医療受給者
要介護者等との関係()

氏名

印

いわき市長 様

同 意 書

私が（加害者）_____に対して有する損害賠償請求権は、介護保険法第21条第1項の規定により、保険者が保険給付の限度において取得することになります。

つきましては、保険者及び介護保険法第21条3項の規定に基づき、損害賠償金の徴収又は収納の事務を委託されている国民健康保険団体連合会が、損害賠償額の支払の請求を加害者に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る介護給付費請求書及び主治医意見書等の写しを添付することに同意します。

なお、私が損害保険会社等へ自動車損害賠償責任保険への請求をし、保険金等を受領したときは、保険者が受領金額並びにその内訳等の各種情報について照会を行い、損害保険会社等からその照会内容について情報提供を受けること、保険者が介護事業者に対して事故による介護サービスに関する内容の照会を行い、介護事業者から情報提供を受けることに同意します。

あわせて次の事項を守ることを誓約します。

- 1 加害者（保険会社・共済団体）と示談を行おうとする場合は必ず事前にその内容を申し出ること。
- 2 加害者（保険会社・共済団体）に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害者（保険会社・共済団体）から金品を受けたときは、受領日、内容、金額をもれなく、すみやかに届け出ること。

年 月 日

届出者（被保険者）

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

誓 約 書

貴市の介護保険の下記被保険者が介護保険法によって受けた保険給付は、私の不法行為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 保険給付額確定のうち、私の過失割合に応じた損害賠償額を貴殿に支払うこと。
- 2 上記1の支払いに充てるため、貴殿が保険給付額を限度として自動車損害賠償責任保険（共済）から支払いを受けることを承諾すること。

年 月 日

誓 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

保 証 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

い わ き 市 長 様

記

事故発生日	年 月 日	
事故発生場所		
被保険者 (被害者)	住 所	
	氏 名	

提出書類確認表

	様式名	提出者	確認事項	医療で提出済の場合省略可
証明書	交通事故証明書 (原本)	被害者 又は 加害者	[申請できる方] 被害者、加害者、正当な利益のある方 [申請方法] 警察署や損害保険会社等に備え付けてある申請書に記入の上、郵便局にて払い込み。 1通540円で、後日郵送されます。	○
申請書	介護保険第三者の 行為による傷病届 (第6号様式)	被害者	「損害保険等」の欄は、 <u>加害者</u> の情報を記入してください。	
	事故発生状況報告書 (第1号様式)		できるだけ詳細に記入し、 <u>被害者</u> の署名・捺印をしてください。	○
	同意書 (第2号様式)		記載内容をよく確認し、 <u>被害者</u> の署名・捺印をしてください。	
	誓約書 (第3号様式)	加害者	・原則、加害者本人が記入しますが、加害者が未成年者や被成年後見人の場合には、親権者や成年後見人が署名・捺印をしてください。 ・保証人は、次により判断し、署名・捺印をしてください。 ①任意保険加入であれば、保険会社の担当者 ②任意保険未加入であれば、生計を一にしない者 ③業務上起こした事故の場合は、使用責任者	
必要に応じて	示談報告書 (第4号様式)	被害者 又は 加害者	示談が済んでおり、示談書がある場合は提出してください。	
	示談書の写し			
	人身事故証明書 入手不能理由書	加害者 又は 被害者	・「交通事故証明書」が「物損事故」と記載されている場合必要。 ・加害者から提出するが、拒否された場合は被害者から提出。	