

【交通事故以外用】記載方法について

不明な項目については未記載で構いません

様式 33 の 2

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

作成年月日 年 月 日 本届を損害保険会社等の支援を受け作成した場合はチェック ☐

届出者	被保険者記号・番号	13-	電話番号	()	
	世帯主氏名		生年月日	年 月 日	
事故発生状況	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生住所	都・道 市・区 町・村			
	事故発生場所	☐ 路上 ☐ 自宅 ☐ 建物内 () ☐ その他 ()			
	労災保険対象の確認	労災保険の給付対象となる業務上又は通勤中の事故ですか ☐ はい ☐ いいえ			
被害者(受診者)に関する事項	被害者氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日	
	世帯主との関係		電話番号	()	
	住所	〒 -			
	代理人 弁護士	弁護士氏名	電話番号	()	
		住所	〒 -		
	被害者加入 の保険会社 の関与	保険会社名	電話番号	()	
加害者(第三者)に関する事項	本人	氏名	ふりがな	電話番号	()
		住所	〒 -		
	代理人 弁護士	弁護士氏名	電話番号	()	
		住所	〒 -		
	賠償保険	保険会社名	電話番号	()	
		契約者名	担当者名		
		住所	〒 -		
		担当部署			
治療状況	傷病名		診療開始年月日	年 月 日	
			診療見込期間	日間	
	診療 機関名	①	入院 / 外来	電話番号	()
		②	入院 / 外来	電話番号	()

※届出時点で不明な事項については未記載で提出し、判明し次第渋谷区国民健康保険課給付係へご連絡ください

届出者は世帯主です。
世帯主の情報を記入ください。

労災保険に該当する場合は、保険給付分の医療費（7割or8割）を受診者が渋谷区国民健康保険に返還したのちに、受診者から労働基準監督署へご申請いただくことになります（詳細は会社におたずねください）。

被害者の情報を記入ください

加害者の情報を記入ください。

(※1)加害者が賠償保険に加入されている場合、電話番号と担当者名を把握している場合は必ずご記入ください。手続きにあたり必要な情報となります。
(※2)加害者が不明な場合は、未記載で構いませんが、提出後加害者が判明した場合は、渋谷区渋谷国民健康保険課給付係までご連絡ください。

診療機関名欄が足りない場合は、別紙にご記入のうえご提出ください（書式は問いません）。

事故発生状況報告書(交通事故以外)

加害者氏名 (甲)		被害者氏名 (乙)	
事故現場状況図	図で説明可能な場合はご記入ください。		
事故発生 の状況 (経緯)			

上記に間違いありません。

年 月 日 届出者 _____
 川末成平の場合は親権者等

(注) 本書面に代わる同等の内容の書面がある場合には、その書面の提出をもって本書面の代わりとすることも可能です。ただし、その場合には、当該書面の余白部分に「上記内容に間違いありません」と記入した上、届出者の署名をお願いいたします。

当報告書を作成した方のお名前をご記入
ください。届出者は被害者、加害者、保
険会社担当者いずれの方でも構いません。

渋谷区長殿

同意書

私が加害者_____に対して有する損害賠償請求権は、国民健康保険法第64条1項により、渋谷区国民健康保険(以下、渋谷区国保という)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、次の事項に同意します。

- 1 渋谷区国保(注1)が損害賠償額の支払の請求を加害者の加入する損害保険会社等に行う際、請求書一式に当該保険給付に係る診療報酬明細書等の写しを添付すること。
- 2 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、渋谷区国保は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。
- 3 渋谷区国保が医療機関等に対して事故による診療等に関する内容の照会を行い、医療機関等から情報提供を受けること。
- 4 渋谷区国保が保険給付又は損害賠償の支払の請求に必要と認める場合、官公庁、損害保険会社、他の保険者等の各機関に照会を行い、その照会内容について情報を提供し、また受けること。

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、すみやかに届出ること。
- 4 治療が完了した場合には、治療完了日を報告すること。

_____年____月____日

受診者(未成年の場合は親権者等)

住所_____

氏名_____

(注1) 国民健康保険法第64条3項に基づき、損害賠償金の徴収または収納の事務を委託されている国民健康保険 団体連合会を含みます。

関係機関との情報のやり取りに対する同意や、渋谷区国民健康保険が負担している保険給付分の医療費(7割or 8割)に係る損害賠償請求権保護のために、加害者との示談を行う場合等には申出いただくことにお約束いただくため同意書になります。

加害者の氏名が不明な場合は、未記載で構いません。

受診者(被害者)の情報をご記入ください。

加害者側の記載書類

誓 約 書

私は、国民健康保険の被保険者(被害者)_____様が受けた保険給付について、渋谷区が国民健康保険により負担した費用を、保険給付確定時に過失割合に応じ
てお支払いします。
上記のとおり誓約します。

年 月 日

誓約者

加害者 住 所
氏 名

(加害者側)

損害保険会社 住 所
氏 名

渋谷区長 殿

加害者か加害者の保険会社のいずれかの署名をいただく書類です。
※加害者側と連絡を取っていない場合には、空欄のままご提出ください