

第三者の行為による傷病届の提出について

交通事故や施設での事故など第三者の行為によってケガをし、ご自身の被保険者証を使って治療等を受ける際は、保険者（沖縄県後期高齢者医療広域連合）へ届出が必要です。

一旦、保険適用して医療機関へ立て替え払いし、あとで加害者へ請求を行います。

第三者の行為により治療を受ける（または受けた）際は、必ず届出を行ってください。

なお、ご自身が加害者の場合でも、相手側（被害者側）に過失がある場合は届出が必要です。

また、被保険者証を使用しない場合は届出不要です。

《提出書類》

1. 第三者の行為による傷病届
2. 傷病（負傷）原因届出書
3. 事故発生状況報告書
4. 念書
5. 被保険者証（保険証）のコピー
6. 交通事故証明書のコピー ※お手元にはない場合は提出不用です。

《提出先》

市町村後期高齢者医療担当窓口へ提出するか、沖縄県後期高齢者医療広域連合へ直接ご持参またはご郵送ください。

広域連合の住所等は《お問い合わせ先》欄をご確認ください。

《お問い合わせ先》

記入方法などご不明な点がございましたら、下記連絡先へご連絡ください。

〒904-1192

沖縄県うるま市石川石崎一丁目1番 石川庁舎3階

沖縄県後期高齢者医療広域連合 事業課 給付1グループ

TEL：098-963-8013

FAX：098-964-7785

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者 名 (けがをした人)	フリガナ		被保険者証番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	性 別	男 ・ 女	職 業	
事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
発 生 場 所				
事 故 又 は 負傷時の状況				
治 療 の 状 況	医療機関名		現在治療中・治療完了(年 月)	
警 察 届	届出済(人身事故・物損事故)・未 届		届出署	警察署

第三者(相手方)に関する事項

相 手 方	住 所			
	氏 名		男・女	年 齡 歳
	電 話		職 業	
自 賠 責 保 険	契 約 先			
	証 明 書 番 号			
任 意 保 険	有 ・ 無			
	契 約 先			
	証 券 番 号			

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、第53条及び第71条の規定により、上記のとおり届け出ます。








年 月 日

住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____
 届出人 _____

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記の通りに報告します。

甲(加害者)氏名		乙(被害者)氏名		運転・同乗・甲車 歩行・その他(甲車以外の車)
速度	甲車 km/h(制限速度 km/h)	甲車以外 km/h(制限速度 km/h)		
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	甲車  甲車以外の車  進行方向  信号  人間  自転車 オートバイ  一時停止 			
上記図の 説明を 書いて ください				

甲車以外も車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の番号	運転者	氏名(電話)
保有者	〒住所	氏名(電話)

年 月 日

報告者 甲との関係()
乙との関係()

※署名又は記名・押印

氏名 _____ 印 _____

念 書

令和 年 月 日、(事故発生場所)： _____ において
(第三者氏名)： _____ の不法行為により (被保険者
名)： _____ の被った保険事故について、高齢者の医療の確保

に関する法律により受けた保険給付は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を高齢者の医療の確保に関する法律第58条の規定によって、後期高齢者医療広域連合が給付の価格の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領することに意義ありません。また、保険事故が交通事故である場合は、後期高齢者医療広域連合が給付の価格の限度において、自動車損害賠償責任保険(共済)より優先的に支払いを受けることに意義のないことを申し立てます。

なお、併せて次の1, 2及び3については遵守することを誓約し、4および5については同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出、承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害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申し出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを沖縄県国民健康保険団体連合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から沖縄県国民健康保険団体連合会が事故に関する診療状況等の情報の提供を受けること

令和 年 月 日

(被保険者)

住所

氏名

印

※署名又は記名押印

(保険者)

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿

第三者の行為による傷病届

被保険者名 (けがをした人)	フリガナ	コウキ タロウ	被保険者証番号	01234567
	氏名	後期 太郎	生年月日	S15年 4月 1日生
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	職業	無職
事故発生日時	令和〇年〇月〇日 <input checked="" type="radio"/> 午前・ <input type="radio"/> 午後 〇時〇分頃			
発生場所	〇〇市〇〇〇丁目〇番〇号 〇〇スーパー前交差点			
事故又は 負傷時の状況	国道〇号を〇〇方面に直進中、青信号で交差点に進入したところ右折してきた対向車と衝突した。			
治療の状況	医療機関名	〇〇病院	<input checked="" type="radio"/> 現在治療中・ <input type="radio"/> 治療完了(年 月)	
警察届	届出済(<input checked="" type="radio"/> 人身事故・ <input type="radio"/> 物損事故)・ <input type="radio"/> 未届		届出署	〇〇〇 警察署

第三者(相手方)に関する事項

相手方	住所	沖縄県〇〇郡〇〇町〇〇〇番地		
	氏名	沖縄 一郎	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	年齢 40歳
	電話	090-0000-0000	職業	会社員
自賠償保険	契約先	〇〇火災海上保険		
	証明書番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無			
	契約先	〇〇保険		
	証券番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条, 第53条及び第71条の規定により、上記のとおり届け出ます。

令和〇年〇月〇日

住所 〇〇市〇〇〇丁目〇番〇号
 氏名 後期 太郎
 電話 098-987-6543
 届出人 後期 太郎

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様

事故発生状況報告書

別紙交通事故証明書に補足して下記の通りに報告します。

甲(加害者)氏名	沖繩 一郎	乙(被害者)氏名	後期 太郎	(運転)・同乗・甲車 歩行・その他(甲車以外の車)
速度	甲車 40 km/h(制限速度 50 km/h)	甲車以外	50 km/h(制限速度 50 km/h)	
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				
上記図の説明を	<p>乙の車両が国道〇号を〇〇方面に直進中、青信号で交差点に進入したところ右折してきた甲車と衝突した。</p>			

- 甲車
- 甲車以外の車
- 進行方向
- 信号
- 人間
- 自転車
オートバイ
- 一時停止

甲車以外も車について判明している場合、ご記入ください。

自動車の番号	沖繩000 お 00-00	運転者	氏名 沖繩 一郎 (電話) 090-0000-0000
保有者	〒 904-0000 住所 沖繩県〇〇郡〇〇町〇〇〇番地		氏名 同上 (電話) 同上

令和 〇年 〇月 〇日

※署名又は記名・押印

報告者 甲との関係()
乙との関係(本人) 氏名 後期 太郎 印

念 書

〇〇市〇丁目〇番〇号

令和 〇 年 〇 月 〇 日、(事故発生場所)：〇〇スーパー前交差点 において
(第三者氏名)： 沖繩 一郎 の不法行為により (被保険者
名)： 後期 太郎 の被った保険事故について、高齢者の医療の確保
に関する法律により受けた保険給付は、私が加害者に対して有する損害賠償請
求権を高齢者の医療の確保に関する法律第58条の規定によって、後期高齢者
医療広域連合が給付の価格の限度において取得行使し、かつ賠償金を受領する
ことに意義ありません。また、保険事故が交通事故である場合は、後期高齢者
医療広域連合が給付の価格の限度において、自動車損害賠償責任保険（共済）
より優先的に支払いを受けることに意義のないことを申し立てます。

なお、併せて次の1，2及び3については遵守することを誓約し、4および
5については同意します。

- 1 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し
出、承諾を得ること。
- 2 加害者に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 加害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申し出ること。
- 4 本件保険事故に関する診療報酬明細書等の写しを沖縄県国民健康保険団体
連合会が損害保険会社等に提供すること。
- 5 本件保険事故により受診した医療機関等から沖縄県国民健康保険団体連合
会が事故に関する診療状況等の情報の提供をうけること

令和 〇年 〇月 〇日

(被保険者)

住所 〇〇市〇〇〇丁目〇番〇号

氏名 後期 太郎

※署名又は記名押印

(保険者)

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿