

記入例

第三者行為による被害届(後期高齢者医療用)

後期高齢者医療の保険証または資格確認書の下方に記載されています。

後期高齢者医療の保険証または資格確認書の住所の上に記載されている八桁の番号。

被害者氏名	東京 子		生年月日	明・大・ <u>昭</u> 年 月 日	
保険者番号	3913		被保険者番号	12345678	
加害者住所	区 町1-2-3 マンション456号室		氏名	昭和4年 月 日生 太郎	職業 会社員
加害者の使用者	加害者が被雇用者であって、かつその業務中の事故の場合のみ、雇用主の情報を記入してください。		氏名	昭和4年 月 日生	職業 会社員
負傷の日時及び場所	令和元年5月1日午前9時5分頃、場所 市 町2-4-6		負傷の状況	信号のある交差点で、右折してきた加害者の自動車と直進の被害者の自転車が接触した。	
疾病又は負傷の程度	大腿骨骨折		治療の状況	治ゆまで 入通院日 診療費総額 円	
診療を受けた保険医療機関名	当初	病院	転移後	クリニック	
自動車事故の場合の加害自動車	自賠償保険契約会社名	損害 保険株式会社 農業協同組合	証明書番号	第 A09876543号	
	契約者住所	区 町1-2-3 マンション456号室	契約者氏名	太郎	
	所有者住所	区 町1-2-3 マンション456号室	所有者氏名	太郎	
	登録番号又は車両番号	品川5 あ -	車台番号	AB98-7654321	
任意保険(対人)の有無	<input checked="" type="radio"/> 有	任意保険(対人)の有無	<input type="radio"/> 無	損害サービスセンター 担当 電話 03- -	保険株式会社 農業協同組合
損害賠償に関する交渉の経過	例) 医療費は自分で負担している。治療終了後、加害者の任意保険会社と交渉する予定である。等				事故により発生した医療費について必ず書いて下さい
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記のとおりお届けします。					
令和元年 5 月 日					
住所 区 町4-5-6					
氏名 東京 子					
東京都後期高齢者医療広域連合長殿					

不明なときは、空欄で構いません。

交通事故証明書の記載を転記してください。

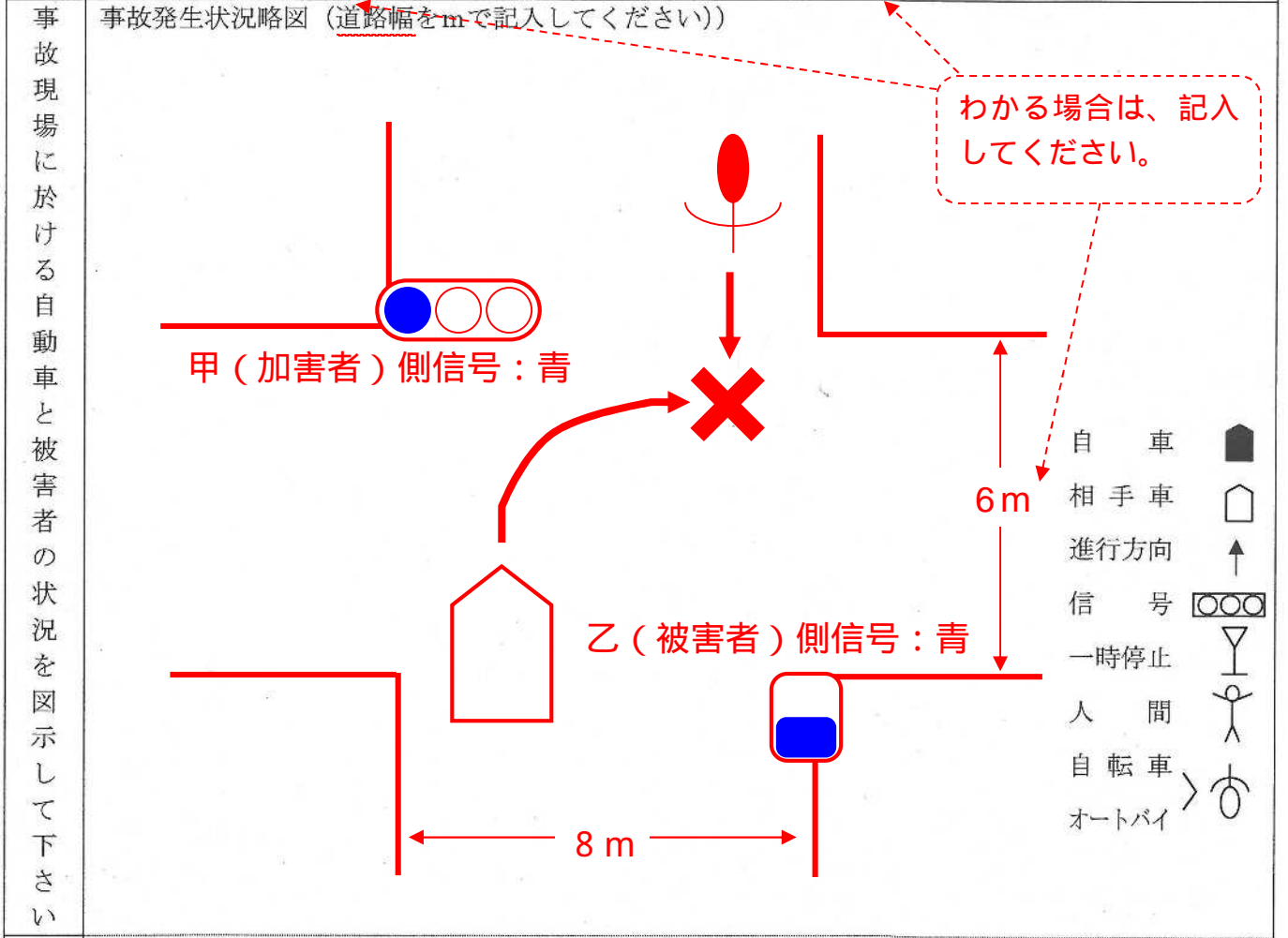
加害者側の任意保険が賠償対応する場合のみ“有”にしてください。その場合は、保険会社の担当者と連絡先まで記入してください。

- 注
1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば 月 日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写しを提出してください。
 3. 自動車の轍き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。
 4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。

記入例

事故発生状況報告書

保険証明書番	第A09876543号	当事者	甲（加害運転者）	氏名（電話）	03- 太郎
自動車の番号	品川5あ		乙（被害者）	氏名（電話）	03- 東京子
天候	(晴)・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・(普通)・閑散	明暗	(昼間)・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装	(してある) / (してない)	歩道(両・片)	(ある) / (ない)	(直線)・カーブ
	(平坦) / 坂	見通し	(良い) / (悪い)	積雪路・凍結路	
信号又は標識	信号 (ある) / (ない)	駐停車禁止	されている / されていない	その他の標識	
速度	甲車両 30 Km/h(制限速度 Km/h)	乙車両 10 Km/h(制限速度 Km/h)			



上記図の説明を
書いて下さい

信号のある交差点で、乙（被害者）が自転車にて直進していたところ、甲（加害者）の自動車は右折してきて自転車の前輪にぶつかり、乙が転倒した。

信号や一時停止があるかどうか。また、交差点への進入時の信号の色や一時停止をしたかどうかわかるように書いてください。

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告いたします。

令和元 年 5 月 日

署名又は記名・押印

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 (本人)

東京子

念 書

私が下記交通事故で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る保険給付を受けたときは、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定により保険給付額の限度において、東京都後期高齢者医療広域連合が加害者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を理解しましたので、次の事項を遵守することを書面をもって申し立てます。

- 1 東京都後期高齢者医療広域連合が取得した、加害者に対しての損害賠償権を妨げないこと。
- 2 事故による治療が終了した場合は、速やかに終了した日付を東京都後期高齢者医療広域連合に申し出ること。
- 3 加害者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって東京都後期高齢者医療広域連合にその内容を申し出ること。
- 4 加害者に白紙委任状を渡さないこと。

令和〇 年 〇 月 日

住 所 区 町 4-5-6

氏 名 東京 子 

署名又は記名・押印

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

記

事故発生日	令和〇年〇月〇日	事故発生場所	市 町 2-4-6
加 害 者	住 所	区 町 1-2-3	マンション 456 号室
	氏 名	太郎	
被 害 者	住 所	区 町 4-5-6	
	氏 名	東京 子	
※被保険者・加入者と誓約者との関係			

※印欄は、誓約者と被保険者・加入者が異なる場合のみ記入してください。

記入例

同意書

令和〇 年 〇 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

私は、高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項の規定によって、東京都後期高齢者医療広域連合が取得した保険給付額を限度とする、加害者（保険会社）に対する損害賠償請求権の行使において、診療報酬明細書等を保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等についても同意いたします。

(被保険者及び代理人)

住 所 区 町 4 - 5 - 6

氏 名 東京 子



署名又は記名・押印

電 話 03 ()

代理人住所

代理人氏名




署名又は記名・押印

電 話 ()

本人との関係

代理理由

被保険者ご本人が
記入できない場合
は、の箇所も
含めて代理の方が
ご記入ください。

この用紙は、加害者側でお書きください。

記入例

誓約書

東京都後期高齢者医療広域連合の下記被害者（被保険者）が受けた保険給付は、下記加害者の不法行為（事故）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。

- 保険給付額確定時に過失割合により損害賠償相当の金員を貴殿に支払いすること。
ただし、下記事故に起因する治療についての被害者が受けた保険給付のみを対象とする。

令和〇年 〇月 日

損害保険が直接対応される場合は、
ご担当者様でご記入ください。誓約者
損害保険の対応がない場合は、後期
高齢者医療からの請求に応じる方が
ご記入ください。

〒123-4567
区 町 3-6-9
住所 損害保険ビル 階
損害保険株式会社
サービスセンター 担当
氏名 電話 03- -

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

記

事故発生日時	令和〇年〇月〇日 午前〇時〇分ころ		
事故発生場所	市 町 2-4-6		
被害者	住所	区 町 4-5-6	
	氏名	東京 子	
保有者	住所	事故した車両の保有者が、業務用車両など加害者本人と異なる場合は記入してください。	
	氏名		
加害者	住所	区 町 1-2-3 マンション 456 号室	
	氏名	太郎	
加害者と誓約者との関係	損害保険会社	自賠責（共済） 証明書番号	A09876543

印欄は、誓約者と加害者が異なる場合のみ記入してください。

この用紙は、運転者（甲）側が自賠責保険に加入しており、かつ交通事故証明書（人身事故）がない場合または、事故を「物損」で届け出た場合に提出してください。原則運転者（甲）側の方がご記入ください。

人身事故証明書入手不能理由書

記入例

人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

（人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。）

理由 該当する項目に印をしてください。 複数に該当する場合は、すべてに印をしてください。	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため
	<input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため
	<input checked="" type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため
	<input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
	<input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。） 【理由】
警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。	
届出警察	飯田橋 警察 ×× 担当官 (判明している場合)
届出年月日	令和元年5月 日

裏面へ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

人身事故の事実を確認するため、関係者の署名もしくは記名・押印をお願いします。

上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<input checked="" type="radio"/> 当事者	住所 〒 - 記入日 令和元年5月 日
<input type="radio"/> 目撃者	区 町 1 - 2 - 3
<input type="radio"/> その他 ()	氏名 太郎
該当する項目に印をしてください	電話 03 ()

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠責保険に請求（法第16条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第15条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する のすべてに する。

人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。

請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実

相違ないことを確認しました。

こちらは記入不要です。

責任者	担当者

確認日	確認先	確認方法
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他 ()	電話 文書 面談
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他 ()	電話 文書 面談
年 月 日	病院 目撃者 運転者 被害者 修理工場 その他 ()	電話 文書 面談
その他・特記事項 ()		

【 事案情報 被害者名: 事故日: 年 月 日 】

交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発 生 年 月 日 時		令和元年5月1日 午前 9時 5分頃 天候 晴 午後		
発 生 場 所		市 町 2 - 4 - 6		
甲	住 所	区 町 1 - 2 - 3		電話 03 ()
	氏 名	太郎	生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自 賠 責 保 険 契 約 先	損害保険	自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 KF-G1234567 号
	登 録 番 号	品川5 あ -	事 故 時 刻 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
乙	住 所	区 町 4 - 5 - 6		電話 03 ()
	氏 名	東京 子	生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日(75)才
	自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
	登 録 番 号		事 故 時 刻 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
丙	住 所			電話 ()
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
	登 録 番 号		事 故 時 刻 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
丁	住 所			電話 ()
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
	登 録 番 号		事 故 時 刻 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他
戊	住 所			電話 ()
	氏 名		生 年 月 日	明・大 昭・平 年 月 日()才
	自 賠 責 保 険 契 約 先		自 賠 責 保 険 証 明 書 番 号	第 号
	登 録 番 号		事 故 時 刻 の 状 況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他

上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

この用紙は他の届出書類とともにお渡しいただき、治癒完了（症状固定）後に、被保険者が広域連合に直接提出してください。届出時にすでに治癒完了（症状固定）している場合は、他の届出書類と同時に提出してください。
なお、届出時にすでに被保険者が死亡している場合は提出不要です。

治 癒 報 告 書

令和 6 年 10 月 日

東京都後期高齢者医療広域連合長 殿

被 保 険 者 番 号 1 2 3 4 5 6 7 8

被 保 険 者 氏 名 東京 子

第三者行為（交通事故等）による負傷により、後期高齢者医療給付を受け治療していましたが、下記のとおり治癒したので、報告します。

記

事故発生年月日 令和 6 年 5 月 1 日

治 癒 年 月 日 令和 6 年 9 月 30 日

本人判断ではなく医師の判断です。

傷 病 名 (大腿骨骨折)

最終医療機関名 (クリニック)

注 治癒とは、完全治癒のみでなく、症状固定の状態になったときも含みます。

報 告 者 東京 子

被 保 険 者 と の 関 係 (本人)

【提出先】

〒102-0072

東京都千代田区飯田橋3-5-1東京区政会館16F

東京都後期高齢者医療広域連合 保険部 給付管理課

第三者行為担当 あて

連絡先電話番号 03- -

※ この用紙は、加害者側の損害保険が直接対応のある場合のみご記入ください。

記入例

第三者行為に関する損害保険確認票

被 保 険 者	東京 ○子	後期高齢者医療の被保険者について、記入してください。
加 害 者	○○ 太郎	
事 故 発 生 日 時	令和 元 年 5 月 1 日 (水) 午前・午後 9 時 5 分ころ 発生	
事 故 発 生 場 所	□□市○○町2-4-6	

加害者側は下記損害保険に加入しており、このたびの事故については被保険者に対しての補償を担当しています。

記

損 害 保 険 会 社	△□損害保険株式会社
部 署 ・ 担 当 者	○○サービスセンター 担当者 ○○
住 所	〒123-4567 ○○区○○町3-6-9 △□損害保険ビル ○階
電 話 番 号	03-□□○○-○○△△
保 険 者 からの 求 償 対 応 の 可 否	可 ・ 否

記入者 ○○ 太郎