

記入例

第三者行為による傷病届 (福祉医療用)

令和1年10月1日

(宛名) 大津市長

届出者 住所 **大津市御陵町3-1-201**

氏名 **大津 一郎**

電話 **077-528-2653**

(被害者との関係; **父**)

下記のとおり、お届けします。

| | | | | | |
|--|--|---|---|---------|-------------------------------------|
| 事故発生日時 | <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input checked="" type="checkbox"/> 午後 令和1年 9月 25日 6時 30分頃 | 事故発生場所 | おおつ保育園前の××交差点 | | |
| 事故の状況 | <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> けんか・暴行 <input type="checkbox"/> その他 () 事故の状況について詳しくご記入下さい; 妻・花子が子・太郎をおおつ保育園に迎えに行った帰り、青信号で上記交差点を横断していたところ、右側から直進してきた加害者の車両と接触し、子・太郎が右足大腿骨を骨折したものの。 | | | | |
| 被害者に関する事項 | 氏名 | おおつ たろう 大津 太郎 (福祉番号; 40255010 受給者番号; 9990990) | | 生年月日 | (明・大・昭・ 平 ・令) 20年 1月 10日生 |
| | 住所 | 大津市御陵町3-1 びわこハイツ 201号室 (電話 077 - 528 - 2653) | | 勤務先(職業) | — |
| | 加入健康保険 | 加入健康保険名称 | びわこ運輸健康保険組合 保険証の記号番号 記号; 1110 番号; 67890 | | 資格取得日 |
| 加害者に関する事項 | 氏名 | しが きょうこ 滋賀 京子 | | 生年月日 | (明・大・ 昭 ・平) 50年 5月 15日生 |
| | 住所 | 大津市京町1-1-1 (電話 077 - 523 - 1234) | | 勤務先(職業) | レーク販売株式会社 |
| | ※加害者が不明な場合その理由 | | 加害者に関する事項、加害者の自動車保険加入状況については、わかる範囲でご記入下さい。 | | |
| 加害者の自動車保険加入状況 | 自賠責・任意 | 保険会社名(支店・代理店名) | ××××損保 | | 大津市 証書番号 ×××-×××× |
| | | 所在地・連絡先 | 大阪市××区×××1丁目×番×号 (電話 06 - ××× - ××××) | | 担当者名 |
| | 自賠責・任意 | 保険会社名(支店・代理店名) | ×××火災海上保険 (大津第一支店) | | 契約者名 証書番号 滋賀 京子 ××××-× |
| | | 所在地・連絡先 | 大津市××町×番×号 ××ビル (電話 077 - ××× - ××××) | | 担当者名 |
| 示談の状況 | <input type="checkbox"/> 成立した <input checked="" type="checkbox"/> 交渉中 (10月 1日現在) <input type="checkbox"/> その他 () ※示談が成立している場合は示談書の写しを提出して下さい。 | | | | |
| 受診した医療機関 (事故による傷病の治療で受診した医療機関をすべてご記入下さい) ×××総合病院 (R1.9.25~現在も入院加療中) | | | | | |
| いつから受診したか、や現在も治療を継続しているか、転院した場合は転院した時期、なども併せてご記入頂くとありがたいです。 | | | | | |

念書（兼同意書）

| | | | |
|--------------------|-----------|----------------|--------------|
| 事故発生 年月日 | 令和1年9月25日 | 事故発生場所 | おおつ保育園前××交差点 |
| 福祉医療受給者 氏名(被害者) | 大津 太郎 | 相手方氏名 (加害者) | 滋賀 京子 |

- 1 上記事故について、大津市医療費助成条例、大津市老人福祉医療費助成条例、大津市重度心身障害老人等福祉助成費支給要綱に基づく医療助成を受けた場合は、私が相手方（保険会社等を含む。以下同じ。）に対して有する損害賠償請求権を、別紙、委任状により、大津市が助成した価額の限度において取得・行使し、かつ賠償金を受領すること（以下「求償事務」という。）に異議はありません。
- 2 上記事故について、求償事務に必要な範囲で大津市が行う以下の事項に同意します。
- 治療の状況および事故外の診療の有無等について、医療機関等から情報の提供を受けること。
 - 治療に要した医療費、治療の内容等について、加入健康保険の保険者から診療報酬明細書（写）や情報の提供を受けること。
 - 保険会社等から受けた金品の内訳（その見込みを含む。）及び損害賠償額の算出基礎となる書類、情報について、相手方から提供を受けること。
 - この念書（兼同意書）をもって上記（3）に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - 上記（1）～（4）の事項に最低限必要な範囲で、私の個人情報について医療機関等に提供すること。
- 3 上記事故に関して、私が福祉医療助成による助成を受けるにあたり、以下の事項を遵守します。
- 治療が完了したときは、大津市に申し出ること。
 - 相手方と示談を行おうとする場合は、示談の前に大津市にその内容を申し出ること。
 - 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
 - 相手方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、かつ遅滞なく大津市に届け出ること。

令和1年10月1日

福祉医療受給者(被害者)

住所 大津市御陵町3-1-201

氏名 大津 太郎 父・大津 一郎

大津市長様