第10号様式(第12条関係)

こども医療費助成 第三者行為による傷病届

対象児童(被害者)	負担者番号	8	8	1	3					加入保険者名	
	受給者番号									保険者番号	
	氏　名	(　　年　　月　　日生)								被保険者名	
										被保険者記号番号	
第三者行為(事故)の状況	発生日時									発生場所	
	原因及び被害の状況										
第三者(加害者)	住　所										
	氏　名									電話番号	(　　)
	交通事故の場合 自賠責保険	保険会社名								電話番号	(　　)
		所在地									
	交通事故の場合 任意保険	保険会社名								電話番号	(　　)
		所在地									

上記のとおり、第三者の行為により被害を受けたことを届け出ます。

年　　月　　日

千代田区長　殿

対象者（対象児童の保護者）
- 郵便番号　　電話番号　　(　　)
- 住　所
- 氏　名

（日本産業規格Ａ列４番）

第 11 号様式(第 14 条関係)

こども医療費助成制度に係る債権譲渡について

年　　月　　日

千代田区長　殿

対象者（対象児童の保護者）
郵便番号　　電話番号　　（　　）
住　所
氏　名
（　　年　　月　　日生）

千代田区こども医療費助成条例第１１条の２第１項の規定により、第三者の行為に係る医療費について千代田区から助成を受けた額の限度において、私が加害者＿＿＿＿＿＿＿＿に対して有する下記損害賠償請求権を千代田区に譲渡します。

記

譲渡する債権	対象児童（被害者）		氏　名　　（　　年　　月　　日生）			
	債権額		金　　円			
	事　故発生日時			事　故発生場所		
	原因及び被害の状況					
債務者（加害者）	住　所					
	氏　名				電話番号	（　　）
	交通事故の場合	自賠責保険	保　険会社名		電話番号	（　　）
			所在地			
		任意保険	保　険会社名		電話番号	（　　）
			所在地			

（日本産業規格Ａ列４番）

第12号様式（第14条関係）

債権譲渡通知書

年　　月　　日

殿

譲渡人　住所

氏名　　印

私が貴殿に対して有する下記の損害賠償請求権を譲渡しましたので通知します。

記

１　債権額　　金　　円

２　債権発生の原因である事実

３　譲渡日　　年　　月　　日

４　譲受人　　千代田区

（住所）千代田区九段南１－２－１

（日本産業規格Ａ列４番）

備考１　必ず郵便法（昭和22年法律第165号）第48条第１項の規定による内容の証明を受けてください。

２　１行26字以内、１枚20行以内で作成してください。

同　意　書

【医療保険者】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が保有する私が保護する児童に関する個人情報を、下記のとおり千代田区に対して提供（開示）することに同意します。

記

１　目的

千代田区が加害者に対してこども医療費助成制度に係る損害賠償請求を行うため

２　対象児童

住　所

氏　名

（　　年　　月　　日生）

３　提供（開示）情報

・　第三者行為による傷病届及び必要書類
・　当該事由に係る診療報酬明細書
・　加害者への請求額が確認できる書類

年　　月　　日

【医療保険者】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　殿

（対象児童の保護者）

住　所

氏　名　　印

確　約　書

年　　月　　日、こども医療費助成制度対象児童＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
に傷病を負わせましたが、千代田区がこども医療費助成制度対象者（対象児童の保護者）から助成額を限度に当該傷病に係る損害賠償請求権を譲り受け、千代田区から請求を受けたときは私の過失割合の範囲において納付することを確約します。

なお、千代田区が譲り受けた損害賠償について、千代田区が自動車損害賠償責任保険から充当支払いを受けることに異議ありません。

また、自動車損害賠償責任保険から支払われる損害賠償金額が不足した場合で、千代田区が私に請求したときは、損害賠償に応じることをあわせて確約します。

年　　月　　日

千代田区長　殿

（加害者）
住　所

氏　名　　印