こども医療費助成 第三者行為による傷病届

負担	者番号	8	8	1	3					加入係	录険者名								
受給	者番号									保険	者番号								
丘	Þ									被保	険者名								
Ц	人 名 			:	年	月		日生	Ξ)	被保険者	皆記号番号								
発生日時 第三者 行 為 (事故) の状況 原 因 及 び 被害の状況										発生	上場所								
住	所																		
氏 名											電話番号			(()		
交通事故の場合	自賠責保険										電話番号			(()		
		戸	斤在地	<u>h</u>															
											電話番号			(()		
	保険	戸	斤在地	þ															
とおり	、第三	者の	行為	によ	こり初	支害?	を受	けた	こと	を届け	出ます。								
															年		月		日
		童の	保護	者)		郵住氏	更番 所 名	号			電話番-	号		()			
	受 氏 発 原被 住 氏 交通事故の場合 お 長	発 原被 住 氏 交通事故の場合 お 長 日 及状 所 名 自賠責保険 任意保険 第 び況 の し の の し の の の の の し の の の の の し の の の の の し の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の こ の の の の の の の の の の の の の の の の の の の	受 氏 発 原被 住 氏 交通事故の場合 よ 受 氏 交通事故の場合 よ よ 受 氏 交通事故の場合 よ 受 長 所 名 自賠責保険 任意保険 第 を の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の の	受 氏 発生 B 大名 大名 日日 日日 <td< td=""><td>受給者 (受給者 (受給者 (受給者 (人工 (((</td><td>受給者番号 (年 受給者番号 (年 民 名 (原被 住 氏 (原被 住 氏 (原被 任 氏 ((原被 任 氏 ((保会 所 (((原 任 (((保会 所 (((水 ((((水 ((((水 ((((水 (((((水 (((((((水 ((((((((((((() (((() ((() (() () () () () () () () () () () ()<!--</td--><td>受給者番号 (年 受給者番号 (年 人名 (年 房被害 ((原被害 ((原被害 ((原被害 ((((</td><td>受給者番号 (年 月</td><td>受給者番号 日生 氏名 (年 月 日生 発生日時 原因及び被害の状況 住所名 日賠責保険 任意保険 任意保険 任意保険 とおり、第三者の行為により被害を受けた</td><td>受給者番号 (年 月 日生) 民 名 (年 月 日生) 発生日時 原因及び被害の状況 住 所 氏 名 自賠責保険 任意保険 所在地 除会社 所在地 除会社 所在地 とおり、第三者の行為により被害を受けたこと 区長</td><td>受給者番号 (年月日生) 氏名 (年月日生) 発生日時 発生日時 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) 氏名 (日前人) 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) (日前人) <t< td=""><td>受給者番号 (年 月 日生) 被保険者名 英生日時 発生場所 原因及び被害の状況 住所 氏名 電話番号 保険会社名 所在地 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 保険 会社名 電話番号 所在地 保険 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所 氏名 電話番号 (全社名) 原在地 (日度保険) (日度保険) (日度保険) <t< td=""><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 一般保険者名 被保険者記号番号 一般要素の状況 発生場所 日日生) 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 日日</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 税保険者名 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所) 氏名 電話番号 (全社名) 所在地 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) (日息音保険) 所在地 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。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを開け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日膳賣保険 会社名 電話番号 所在地 (日意保険 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 区長 殿</td><td>受給者番号 (保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (年所年) (日期</td><td>受給者番号 (年月日生) 展集日時 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日藤貴保険 存住意保険 (日本) (日本) (日本)</td></t<></td></t<></td></td></td<>	受給者 (受給者 (受給者 (受給者 (人工 (((受給者番号 (年 受給者番号 (年 民 名 (原被 住 氏 (原被 住 氏 (原被 任 氏 ((原被 任 氏 ((保会 所 (((原 任 (((保会 所 (((水 ((((水 ((((水 ((((水 (((((水 (((((((水 ((((((((((((() (((() ((() (() () () () () () () () () () () () </td <td>受給者番号 (年 受給者番号 (年 人名 (年 房被害 ((原被害 ((原被害 ((原被害 ((((</td> <td>受給者番号 (年 月</td> <td>受給者番号 日生 氏名 (年 月 日生 発生日時 原因及び被害の状況 住所名 日賠責保険 任意保険 任意保険 任意保険 とおり、第三者の行為により被害を受けた</td> <td>受給者番号 (年 月 日生) 民 名 (年 月 日生) 発生日時 原因及び被害の状況 住 所 氏 名 自賠責保険 任意保険 所在地 除会社 所在地 除会社 所在地 とおり、第三者の行為により被害を受けたこと 区長</td> <td>受給者番号 (年月日生) 氏名 (年月日生) 発生日時 発生日時 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) 氏名 (日前人) 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) (日前人) <t< td=""><td>受給者番号 (年 月 日生) 被保険者名 英生日時 発生場所 原因及び被害の状況 住所 氏名 電話番号 保険会社名 所在地 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 保険 会社名 電話番号 所在地 保険 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所 氏名 電話番号 (全社名) 原在地 (日度保険) (日度保険) (日度保険) <t< td=""><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 一般保険者名 被保険者記号番号 一般要素の状況 発生場所 日日生) 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 日日</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 税保険者名 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所) 氏名 電話番号 (全社名) 所在地 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) (日息音保険) 所在地 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。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを開け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日膳賣保険 会社名 電話番号 所在地 (日意保険 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 区長 殿</td><td>受給者番号 (保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (年所年) (日期</td><td>受給者番号 (年月日生) 展集日時 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日藤貴保険 存住意保険 (日本) (日本) (日本)</td></t<></td></t<></td>	受給者番号 (年 受給者番号 (年 人名 (年 房被害 ((原被害 ((原被害 ((原被害 ((((受給者番号 (年 月	受給者番号 日生 氏名 (年 月 日生 発生日時 原因及び被害の状況 住所名 日賠責保険 任意保険 任意保険 任意保険 とおり、第三者の行為により被害を受けた	受給者番号 (年 月 日生) 民 名 (年 月 日生) 発生日時 原因及び被害の状況 住 所 氏 名 自賠責保険 任意保険 所在地 除会社 所在地 除会社 所在地 とおり、第三者の行為により被害を受けたこと 区長	受給者番号 (年月日生) 氏名 (年月日生) 発生日時 発生日時 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) 氏名 (日前人) 原因及び被害の状況 (日前人) 住所 (日前人) (日前人) (日前人) (日前人) <t< td=""><td>受給者番号 (年 月 日生) 被保険者名 英生日時 発生場所 原因及び被害の状況 住所 氏名 電話番号 保険会社名 所在地 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 保険 会社名 電話番号 所在地 保険 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。 区長 殿</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所 氏名 電話番号 (全社名) 原在地 (日度保険) (日度保険) (日度保険) <t< td=""><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 一般保険者名 被保険者記号番号 一般要素の状況 発生場所 日日生) 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 日日</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 税保険者名 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所) 氏名 電話番号 (全社名) 所在地 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) (日息音保険) 所在地 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。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを開け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日膳賣保険 会社名 電話番号 所在地 (日意保険 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 区長 殿</td><td>受給者番号 (保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (年所年) (日期</td><td>受給者番号 (年月日生) 展集日時 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日藤貴保険 存住意保険 (日本) (日本) (日本)</td></t<></td></t<>	受給者番号 (年 月 日生) 被保険者名 英生日時 発生場所 原因及び被害の状況 住所 氏名 電話番号 保険会社名 所在地 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。 区長 殿	受給者番号 保険者番号 氏名 年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 保険 会社名 電話番号 所在地 保険 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。 区長 殿	受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所 氏名 電話番号 (全社名) 原在地 (日度保険) (日度保険) (日度保険) <t< td=""><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 一般保険者名 被保険者記号番号 一般要素の状況 発生場所 日日生) 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 日日</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 税保険者名 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所) 氏名 電話番号 (全社名) 所在地 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) (日息音保険) 所在地 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。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを開け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動</td><td>受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日膳賣保険 会社名 電話番号 所在地 (日意保険 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 区長 殿</td><td>受給者番号 (保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (年所年) (日期</td><td>受給者番号 (年月日生) 展集日時 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日藤貴保険 存住意保険 (日本) (日本) (日本)</td></t<>	受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 一般保険者名 被保険者記号番号 一般要素の状況 発生場所 日日生) 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 日日	受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 税保険者名 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 電話番号 住所 (年所) 氏名 電話番号 (全社名) 所在地 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) (日息音保険) 所在地 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。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを開け出ます。 (日息によりを活動を受けたことを届け出ます。 (日息によりを活動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動を行動	受給者番号 保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日膳賣保険 会社名 電話番号 所在地 (日意保険 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 区長 殿	受給者番号 (保険者番号 氏名 (年月日生) 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (年所年) (日期	受給者番号 (年月日生) 展集日時 被保険者記号番号 発生日時 発生場所 原因及び被害の状況 発生場所 住所 (日藤貴保険 存住意保険 (日本) (日本) (日本)

			こども医療	§費助成制度	に係る債権調	譲渡につい	ハて		
							年	月	日
千代田[区長	殿							
対象者	皆(対	象児童の	の保護者)	「郵便番号 住 所	電	話番号	()	
				氏 名		(年	月	日生)
工,仏	ш 157 >	・13.4 屋	旋曲叶长久	周学11 タの	の笠1百の田	ウにより	<i>医</i>	5/年光力	・ゼフ匠房典
					2第1項の規 において、私力				
有する	下記損	書賠償	請求権を千	代田区に譲渡	します。				
					記				
	対象	象児童	氏 名			(年	 月	日生)
	(被	害者)	7 7				-		H _L/
譲渡	情権額 事 故 発生日時 原 因 及 び 被害の状況		金		円	T			
する 債権					事 故 発生場所				
	住	所							
	氏	名				電話番号		()
債務者	ياب	自賠責保険	保 険 会社名			電話番号		()
(加害者)	父通事:		所在地						
	交通事故の場合	任意保險	保 険 会社名			電話番号		()
		保险	武士地						

(日本産業規格A列4番)

展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展 展	日
譲渡人 住所	
氏名	
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。	
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	

(智

- 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】						
=			する私が保護		異する個	引人情報を、	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		μЦ				
	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 ・ 当該事由に係る診 ・ 加害者への請求額	療報酬明細	書				
[]	医療保険者】	殿		年	月	日	
		(対象児童(の保護者)				
		住 所					
		氏 名				印	

確 約 書

年	月	目、	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