

（ ） াতে

## 第三者行為損害賠償直接求償に係る回答書

京都府国民健康保険団体連合会

今回の事故について以下の問いに対し、該当するものに○印、またはご記入ください。

### 1. 本件事故による、おケガの治療について

①治療は終了されていますか。

はい ・ いいえ

②治療が終了されている場合、治療終了日はいつですか。

年 月 日

### 2. 治療費等の損害賠償請求について

今回の事故において要した治療費のうち、（ ）が負担した  
保険給付（ ）割分については、今後、京都府国民健康保険団体連合会から  
直接相手方に対して請求を行っていく予定です。

①本件事故により受けた損害について、相手方に請求を行っていますか。

請求済み ・ 請求する予定 ・ 請求しない

②上記①の回答が「請求済み」または「請求する予定」の場合、治療費は含ま  
れていますか。

治療費が含まれている ・ 治療費は含まれていない

※「治療費が含まれている」場合、以下の項目について該当する方にチェ  
ックをつけてください。

{ 病院等の窓口で支払った一部負担金相当額のみ  
医療費全額（ 10割 ）

裏面もご回答ください。

③前のページ2. ①の回答が「請求しない」の場合、その理由をご記入ください。  
例；親族間の加害行為である 等

### 3. 示談について

①示談は成立していますか。

はい ・ いいえ

②上記①の回答が「はい」の場合、示談が成立した日をご記入ください。  
また、相手方への請求の参考とするため、示談書（写し）の提出をお願いします。

年 月 日

4. 本件事故により現在治療している、または、治療していた病院名等をご記入ください。また、現在の状況について該当する方に○印をご記入ください。

病院名等（介護事業所名等）

現在の状況

治療（利用）している	・	治療（利用）していた
治療（利用）している	・	治療（利用）していた
治療（利用）している	・	治療（利用）していた
治療（利用）している	・	治療（利用）していた
治療（利用）している	・	治療（利用）していた

5. 本件事故の状況について、できるだけ詳しくご記入ください。

6. ご記入いただいたかたの署名・押印をお願いいたします。

年 月 日

被保険者氏名  
(※必須)

印

※被保険者が記入できない場合は代筆者の方が記入・押印してください。

代筆者氏名：被保険者との関係（ ）

印