

() া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ほうに○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

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

ご協力ありがとうございました。