

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証の記号番号 (枝番)	( )	被保険者氏名	フリガナ	世帯主との続柄
			個人番号	年 月 日生	
相手方	氏名		職業	電話	
	住所				
相手方の使用主	氏名		職業	電話	
	住所				
負傷の日時場所	午前 場所 年 月 日 時 分 午後				
事故発生の原因及び状況					
傷病名及び負傷の程度	治ゆまで の見込み		入院 日 通院 日	治療終了日(予定) 年 月 日	
	国保診療開始日	年 月 日 している・していない			
診療を受けた医療機関等名	当初受診医療機関名				
	転医後医療機関名				
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険契約保険会社名			証明書番号	第 号
	登録番号 車両番号			車台番号	
	契約者住所			契約者	
	所有者住所			所有者	
	任意保険の有無	有 無	有の場合保険会社(共済)名		
	証券番号	第 号	保険期間	年 月 日 年 月 日	
損害賠償の交渉経過					
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。  年 月 日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話  三春町長 様					

- 注 1 事故発生の原因、発生時の状況はできるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償の交渉経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受けとり、医療費、付添費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写を提出してください。
- 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号を記入してください。