

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
	国保診療開始日	年 月 日	治療終了日 (予定)	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
損 害 賠 償 の 交 渉 経 過					
国民健康保険法施行規則第 3 2 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。