

第三者行為傷病届

被害者	被保険者証の記号番号		被保険者 受給者 氏名		年 月 日生	国保	退職	後期 高齢	福祉	介護
	受給(資格)者証の番号			本・家						
加害者	住所		氏名		電話					
加害者の 使用主	住所		氏名		電話					
発生日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候	発生場所					
事故発生の 原因及び 状況										
傷病及び 負傷の程度						治ゆまでの 見込み	全治 か月 日			
	初診	年 月 日	保険診療	1	年 月 日	から診療している。 2 していない。				
医療機関名	当初		電話		転医後		電話			
自動車事故の 場合の 加害自動車	自賠責 保険	会社名 (共済名)				証明書 番号				
		保険期間	年 月 日～	か月	登録番号 (プレートナンバー)					
			年 月 日		車台番号					
		契約者 住所				氏名				
	所有者 住所				氏名					
	任意 保険	会社名 (共済名)				担当者 氏名		電話		
証券番号 (契約番号)					保険期間	年 月 日～	か月			
契約者 住所					氏名					
示談の有 無	有	無	交渉経過							
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行規則第33の2 <div style="text-align: right;">の規定により上記のとおりお届けします。</div>										
年 月 日			住所							
			世帯主 氏名							
			様 電話							
(印)										

1 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)

2 次の書類を添付して提出してください。

(1)交通事故証明書 (2)事故発生状況報告書 (3)念書 (4)誓約書(加害者) (5)示談書(写)

(6)その他[加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等]