

# 第三者行為傷病届

										個人番号(マイナンバー)				
										.....	.....	.....	.....	
被害者	被保険者証の記号番号			被保険者受給(資格)者証の番号			被保険者受給氏名		年 月 日生	国保	退職 本・家	後期 高齢	福祉	介護
											.....	.....	.....	.....
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	平成 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	平成 年 月 日		保険診療	1 平成 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	会社名(共済名)				証明書番								
	賠償	保険期間	平成 年 月 日～		か月		登録番号(レイトナバ)							
			平成 年 月 日				車台番号							
	保	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		平成 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条の規定により上記のとおりお届けします。 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号														
平成 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)、自賠償保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等]