

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 受給者名 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; margin-top: 10px;"> の規定により上記のとおりお届けします。 年 月 日 住所 世帯主 氏名 様 電話 </div>											

- 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]