

第三者行為による傷病届

				国 保		退 職 本・被	
被保険者証の番号			個人番号		世帯主	住所	電話() -
被 保 険 者 氏 名			世帯主 との 続 柄	男	女	氏名	
				才			
発 病 又 は 負 傷 の 年 月 日	平成 年 月 日	発病又は負傷 の 発 生 場 所					
第三者傷害の区分	交通事故・けんか・その他()						
事故発生当時の 具体的状況及び 被 害 の 程 度							
目 撃 者 の 住 所 及 び 氏 名	氏 名				住 所		
第三者(加害者)の 住 所 及 び 氏 名	氏 名				所 住	電話() -	
第三者が勤務して いる事業所の名称 所 在 地	名 称				所 在 地	電話() -	
診療を受けた(う けている)病院名 及 び 所 在 地	病 院 名				所 在 地		
保 険 診 療 の 有 無	有・無	保険診療を受けた (又は見込)期間		自 平成 年 月 日 間 至 平成 年 月 日 間			
示 談 の 状 況	成立した・成立していない・交渉中 (平成 年 月 日現在)			損害賠償 の 額	円	内	医療費 円
						訳	その他 円
第三者の加入する 自 賠 責 保 険 関 係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			保険証明書番号				
第三者の加入する 任意(対人)保険関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名				
			証 券 番 号				
上記のとおりお届けします。 平成 年 月 日 世帯主氏名 (代筆者氏名 市 町 村 長 国保組合理事長 (印) 世帯主との続柄) 様							

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写。
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類。