第三者行為による傷病届

国　保

被保険者の番号				世帯主	住所	電話（　）　－
被保険者氏名		世帯主との続柄	男　女　才		氏名	
発病又は負傷の年月日	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		住所	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（受けている）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　年　月 至　年　月	日間		
示談の状況	成立した・成立していない・交渉中 （　年　月　日現在）	損害賠償の額	円	内訳	医療費　円 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。

年　月　日

世帯主氏名　　㊞
（代筆者氏名　　世帯主との続柄　　）

市町村長
国保組合理事長　　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。