

第三者の行為による傷病届

被保険者証 記号番号		島84		被保険者 (被害者)氏名		年 月 日生		世帯主との 続柄			
負傷年月日		年 月 日 時 分頃		負傷の場所							
事故発生の原因及び状況				負傷の 程度	傷病名						
					診療見込期間						
					診療費見込額						
				療養取扱 機関	名称						
所在地											
電話番号											
国保の診療		年 月 日から している・していない									
第三 者	加害者	住所		職業							
		氏名		年 月 日生		電話					
	使用者	住所		代表者							
		氏名		電話							
示談の有無 年月日及び その金額		有・無 年 月 日 総額 円		内 訳	医療費						
					慰謝料						
					見舞金						
					休業補償						
					その他						
自動車事故 の場合の加 害自動車		自賠責保険会社名				保険証明書番号					
		登録番号及び車輛番号				車台番号					
		契約者住所				契約者氏名					
		所有者住所				所有者氏名					
		任意保険の有無		有・無		有の場合保険会社 (共済)名					
		証券番号				保険期間		(自)		年 月 日	
		契約者住所						(至)		年 月 日	
		契約者氏名						年 月 日			
請求方法		加害者・被害者・その他		保険金		未請求・請求中・受領 円					
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 双葉町大字</p> <p>氏名 (印)</p> <p>(電話 )</p> <p>双葉町長 様</p>											

- 備考 1 事故発生の原因又は負傷時の状況は、できるだけ詳細に記入してください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取り、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
- 3 自動車の引き逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を書いてください。
- 4 後日調査の必要上、関係者の電話番号を記入してください。