

## 第三者行為による傷病届

|                 |       |                                                            |          |         |                          |              |  |
|-----------------|-------|------------------------------------------------------------|----------|---------|--------------------------|--------------|--|
| 被保険者<br>(医療受給者) |       | フリガナ                                                       |          | 世帯主との続柄 |                          | 国保・退本・退家     |  |
|                 |       | 氏名<br><br>明・大・昭・平・令      年      月      日生<br>(         ) 歳 |          |         |                          | 被保険者証記号番号    |  |
|                 |       |                                                            |          |         |                          |              |  |
|                 |       |                                                            |          |         |                          | 個人番号（マイナンバー） |  |
|                 |       | 電話                                                         |          | 携帯      |                          |              |  |
| 事故の状況           | 発生日時  | 年      月      日                                            |          | 午前・午後   |                          | 時      分頃    |  |
|                 | 発生場所  |                                                            |          |         |                          |              |  |
|                 | 原因・状況 |                                                            |          |         |                          |              |  |
| 診療関係            | 傷病名   |                                                            | 初診日      |         | 年      月      日          |              |  |
|                 |       |                                                            | 治癒までの見込み |         | 入院      日      通院      日 |              |  |
|                 | 病院名   |                                                            | 治療期間     |         | ～                        |              |  |
|                 |       |                                                            | 治療期間     |         | ～                        |              |  |

|             |         |              |                       |                  |                    |
|-------------|---------|--------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| 相<br>手<br>方 | フリガナ    |              |                       |                  | 電話（自）<br>（勤）<br>携帯 |
|             | 氏 名     |              |                       |                  |                    |
|             | 住 所     |              |                       |                  |                    |
|             |         | 保有者との<br>関 係 | 本人・従業員・その他<br>親族（ ）続柄 | 明・大・昭・平・令 年 月 日生 |                    |
|             | 車の保有者   | 住所           |                       |                  |                    |
|             |         | 名称           |                       |                  |                    |
|             |         | 代表者          |                       | 電話               |                    |
|             | 示 談 状 況 |              |                       |                  |                    |
|             | 自賠責保険   | 保険会社名        |                       | 電話               |                    |
|             |         | 証明書番号        |                       |                  |                    |
| 保険<br>契約者   |         | 住所<br>氏名     | 電話                    |                  |                    |
| 任 意 保 険     | 保険会社名   |              | 電話                    |                  |                    |
|             | 証 券 番 号 |              | 担当者                   |                  |                    |

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

上記の通りお届けします。

令和 年 月 日 住所

保険者（市町村長 国保組合理事長） 殿 氏名

印