

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者 記号・番号	上ノ国		被保険者名(被害者名)				
				個人番号				
	生年月日	年 月 日生				世帯主との 続柄		
加害者	氏名		住所		職業	TEL		
加害者の 使用主	氏名		住所		職業	TEL		
負傷の日時 及び場所		年 月 日 時 分頃 場所						
発病の原因又は 負傷時の状況								
傷病又は負傷の程度			治ゆまで の見込み	入院	日	通院	日	医療費
		国保による診療		年 月 日からしている。 していない				
診療を受けた機関名		当初			移転後			
自動車の 加害事故の 場合	自賠償保険 契約会社名			証明書番号	第 号			
	契約者住所			契約者氏名				
	所有者住所			所有者氏名				
	登録番号又は 車両番号			車体番号				
	任意保険(対人) の有 無	有() 無						
損害賠償に関する 交渉の経過		6						
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6及び高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、上記のとおりお届けします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">住所 上ノ国町字</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____ 印</p> <p>上ノ国町長 様</p>								
<p>注 1 発病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。</p> <p>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った、医療費、付き添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書写を提出してください。</p> <p>3 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨書いてください。</p> <p>4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。</p>								