

## 第三者行為傷病届

被害者	被保険者証の記号番号		被 保 險 者 受 給 氏 名	年	月	日	生	国保	退職	後期 高齢	福祉	介護		
	受給(資格)者証の番号								本・家					
加害者	住所		氏名						電話					
加害者の 使用主	住所		氏名						電話					
発生日時	年	月	日	午前 午後	時	分	頃	天候	発生場所					
事故発生の 原因及び 状況														
傷病及び 負傷の程度									治ゆまでの 見込み	全治	か	月	日	
	初診	年	月	日	保険診療	1	年	月	日から診療している。	2	していない。			
医療機関名	当初			電話				転医後			電話			
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険	会社名 (共済名)						証明書 番号						
		保険期間	年	月	日	～	か	月	登録番号 (プレートナンバー)					
		契約者 住所						氏名						
		所有者 住所						氏名						
	任意保険	会社名 (共済名)						担当者 氏名		電話				
		証券番号 (契約番号)						保険期間	年	月	日	～	か	月
		契約者 住所						氏名						
	示談の有無	有	無	交渉経過										
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行規則第33の2 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">                 の規定により上記のとおりお届けします。                  年 月 日 住所                  世帯主 氏名                  様 電話             </div>														

- 1 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)
- 2 次の書類を添付して提出してください。
  - (1)交通事故証明書 (2)事故発生状況報告書 (3)念書 (4)誓約書(加害者) (5)示談書(写)
  - (6)その他(加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等)