

第三者行為による傷病届

記 号 番 号		受給者番号		世帯主	住所	電話 () -
被 保 険 者 氏 名		世帯主 との 続 柄	年 齢 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 及び所在地	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 日	日 間
示 談 の 状 況	成立した・成立していない・交渉中			損害賠償の額		内
	(年 月 日現在)					円 訳
第三者の加入する 自動車損害賠償 責任保険関係	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 任意保険(対人) 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						
市 町 村 長			高知市長		世帯主との続柄)	
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、示談書の写し
- 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