

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証 の記号番号	秩	加入者名 被保険者名 (被害者)	世帯主との続柄 氏名 生年月日 年 月 日生 個人番号		
加害者	住所		氏名		職業	TEL
加害者の 使用主	住所		氏名		職業	TEL
負傷の日時 及び場所	年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後					
発病の原因又は 負傷時の状況						
疾病又は 負傷の程度		治癒まで の見込み	入院 日	通院 日	医療費 円	
	診療を 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 事故 自 動 車 場	自賠責保険 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		車台番号			
	任意保険 (対人)の有無	有	保険株式(相互)会社	無		
損害賠償に関する 交渉の経過	成立 年 月 日、未成立、交渉中( 年 月現在)					
<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>秩父別町長 様</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名 印</p> <p>個人番号</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、付添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>						