

第三者行為による傷病届

| | | | | | | | |
|---|----------------------|--|----------|--------------------------------|----------------|--------------------|---------------------|
| 被害者 | 被保険者証の記号番号 | 11111111 | | 被保険者名(被害者名) | | 美唄 △△ | |
| | | | | 個人番号 | | ○○○○○○○○○○○○○○○○○○ | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 ○○ 年 △△ 月 □□ 日生 | | | 世帯主との続柄 | 本人 | |
| 加害者 | 住所 | 美唄市○条○丁目○番○号 | | 氏名 | 美唄 ◇◇ | 職業 | 電話番号 ○○-○○○○ ××× |
| 加害者の使用主 | 住所 | 美唄市□条□丁目□番□号 | | 氏名 | 美唄 ◇◇ | 職業 | 電話番号 ○○-○○○○ ××× |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> わかる範囲で記入願います </div> | 発生の時刻 | 平成 ○○ 年 △△ 月 □□ 日 午前 ○ 時 ○○ 分頃 場所 国道12号線 ○○付近 | | | | | |
| | 発生状況 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 交差点を直進中、右折してきた乗用車に衝突された。わかる範囲で記入願います </div> | | | | | |
| 傷病又は負傷の程度 | 頸椎捻挫 腰椎捻挫 右腕骨折 | | 治ゆまでの見込み | 入院 ○○ 日 通院 ○○ 日 医療費 ○○○○○○ 円 | | | |
| | | | 国保による診療 | 平成 ○○ 年 △△ 月 □□ 日からしている。していない。 | | | |
| 診療機関 | ××病院 | | 移転後 | | ◇◇病院 | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;"> 事故証明書を参考にわかる範囲で記入願います </div> | 自の自動車事故の自動車 | ××××××××株式会社 | | 証明書番号 | 第 ○○○○○○○○○○ 号 | | |
| | 所有者住所 | 美唄市○条○丁目○番○号 | | 契約者氏名 | 美唄 ◇◇ | | |
| | 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)会社組合 | | 無 | |
| | 任意保険証券番号 | 第 ○○○○○○○○○○ 号 | 支店名 | ××店 | 担当者名 | ×× | |
| 損害賠償に関する交渉の経過 | 過失割合を協議中 | | | | | | |
| <p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届け出します。</p> <p>平成 ○○ 年 △△ 月 □□ 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主</p> <p style="text-align: right;">住所 <u>美唄市○条○丁目○番○号</u></p> <p style="text-align: right;">氏名 <u>美唄 △△</u> 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号 <u>○○-○○○○</u></p> <p>美唄市長様</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>注2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○日見舞品をどれだけ受取った、医療費、付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>注3. 自動車の轍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>注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> | | | | | | | |