

第三者行為による傷病届										
被 保 險 者 証 号 記 号 番 号				被 保 險 者 ( 被 害 者 ) 氏 名			世 帯 主 と の 続 柄			
				個 人 番 号						
事 故 発 生 の 年 月 日	年 月 日			前 後	時 頃					
事 故 発 生 の 場 所										
事 故 発 生 原 因 と そ の 状 況										
第 三 者 ( 加 害 者 ) に 関 する 事 項	加 害 者	住 所 名				電 話 番				
		氏 名				職 業				
	使 用 主	所 在 地				電 話 番				
		名 称				職 業				
		代 表 者 名								
	示 談 並 び に 請 求 権 の 放 棄 の 有 無 年 月 日 及 び そ の 金 額	示 談	有	年 月 日	医 療 費	円	休 業 補 償	円		
			無	金 円	看 護 料		見 舞 金			
		請 放 求	有	年 月 日	慰 藉 料		障 害 補 償			
			無	金 円	移 送 料		そ の 他			
		計			葬 祭 料		交 通 費		円	
自 動 車 損 害 賠 償 責 任 保 險	責 任 保 險 の 有 無		有 無	保 險 金 受 領 金 額 及 び 年 月 日		金 円	年 日			
	責 任 保 險 証 明 書 番 号									
	保 險 会 社 名									
	責 任 保 險 の 契 約 者		住 所			氏 名				
	加 害 者		住 所			氏 名				
診 療 したる 医 師 に 関 する 事 項	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度	初 診		年 月 日	年 月 日					
		診 療 見 込 期 間		か 月 日 間						
		国 保 診 療 開 始 日		年 月 日						
	診 療 見 込 額	国 保 診 療 開 始 前		円						
		国 保 診 療 開 始 後		円						
住 所 氏 名 等	年 月 日			医 師 の 住 所 氏 名		ⓞ 電 話 番				
上 記 の と お り お 届 け い た し ま す 。 年 月 日 世 帯 主 住 所 氏 名 ⓞ 幌 延 町 長 様										

(註) 1 第三者に関する事項中、届出現在不明のことについては、空白のまま提出し、判明次第国民健康保険係へ連絡してください。