

第三者行為による傷病届

国 保	退 職 本・被
-----	------------

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号			個人番号	世 帯 主	住所	電話() -
被 保 険 者 氏 名		世帯主 との 続 柄	男 女 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 所在地	名 称				所 在 地	電話() -
診療を受けた(う 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	至	年 月 日 日間
示 談 の 状 況	成立した・成立していない・交渉中 (月 日現在)		損害賠償 の 額	円	内	医療費 円 その他 円
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 ⑨ (代筆者氏名 世帯主との続柄) 安田町長 様						

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写。
- 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。