

第三者行為による傷病届

| | | | | | | |
|---------|------------|---|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| | | フリガナ コクホ ハナコ | | 世帯主との続柄 国保 ・退職（本人・家族）・後期・介護 | | |
| 被害者 | | 氏名 国保 花子 | | 被保険者証記号番号 和4 〇〇〇〇〇〇 | | |
| | | 〇〇年 〇〇月 〇〇日生（〇〇）歳 | | 後期高齢者被保険者番号 | | |
| ※ 個人番号 | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | 〇 〇 〇 〇 〇 〇 | | |
| 第三者 | 本人 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| | | 氏名 | 有田 太郎 | | 〇〇年 〇〇月 〇〇日生 | |
| | 使用者 | 住所名称代表者名 | 電話 | | | |
| 事故の状況 | 発生日時 | 〇〇年 12月 23日 午前・午後 10時 40分頃 | | | | |
| | 発生場所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | | | |
| | 事故の原因及び状況 | 一時停止後、発進し、右側から来た車に衝突されて、頭部及び腰部を負傷した。 | | | | |
| 診療関係 | 傷病名及び傷病の程度 | 頭部打撲 腰部挫傷 | | 初診日 | 〇〇年 12月 23日 | |
| | | | | 国保（後期）開始日 | 〇〇年 12月 23日 | |
| | 治療関係 | 治療機関名 | 住所名称 | 入院日・通院日・費用額 円 | | |
| サービス関係 | 要介護状態 | | | 介護保険サービス提供開始日 年 月 日 | | |
| | 介護サービス事業者名 | 住所名称 | 電話 | | | |
| | 示談等の交渉状況 | 成立した・ 成立していない ・交渉中（ 年 月 日現在） | | | | |
| 第三者保険関係 | 自賠責保険 | 保険会社名 | 〇〇海上火災保険 電話〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇〇 | | 担当者名 〇〇〇〇 | |
| | | 契約者名 | 有田 太郎 | | 証明書番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 | |
| | 任意保険 | 所有者 | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇 | | |
| | | | 氏名 | 有田 太郎 | | |
| | 証券番号 | 任意保険 | 保険会社名称 | 〇〇損害保険 | | 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇〇 |
| 証券番号 | | | 〇〇〇〇〇〇〇〇 | | 担当者名 〇〇〇〇 | |

※ 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

〇〇年 12月 26日

住所 有田市〇〇町〇〇

有田市長

氏名 国保 花子  印

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。