

第三者行為による傷病届

被保険者証の 記号番号			受給者番号	世帯主	住所	電話 () -
被保険者氏名	世帯主との 続柄	年齢 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 及び所在地	名称				所在地	電話 () -
診療を受けた(受 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
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
					円	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						
(代筆者氏名						
市町村長 高知市長 世帯主との続柄)						
国保組合理事長 様						

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写し
- 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