

第三者行為による傷病届											
被保険者証記号番号						被保険者(被害者)氏名					
個人番号						世帯主との続柄					
事故発生年月日			年 月 日			午前・午後			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						電話			
		氏名						職業			
	使用主	所在地						電話			
		名称						業種			
		代表者名									
	示談並びに請求 権放棄の有無、年 月日及びその金 額	示談	有	年 月 日		賠償金の内訳	医療費	円	休業補償	円	
			無	金 円			看護料	円	見舞金	円	
		請求権放棄	有	年 月 日			移送費	円	障害補償	円	
			無	金 円			慰謝料	円	その他	円	
							葬祭費	円	交通費	円	
				計					円		
自動車損害賠償 責任保険関係	責任保険の有無	有・無		保険金受領金額並びに年月日		金 円		年 月 日			
	責任保険証明書番号										
	保険会社名										
	責任保険の契約者		住所						氏名		
	加害者		住所						氏名		
	保険期間		自 年 月 日		至 年 月 日		午前・後 時				
診療内容及び医師に関する事項	傷病名及び 傷病の程度		初診年月日			年 月 日					
			診療見込期間			ヵ月間・日間					
			国保診療開始			年 月 日					
			診療見込額	国保診療開始前	円						
				国保診療開始後	円						
診療を行った医師の住所氏名等		医師の住所		氏名		☎ 電話					
<p>上記のとおり届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名 個人番号</p> <p style="text-align: right;">☎</p> <p>上川町長 様</p>											

注) 1 第三者に関する事項中、届出現在不明中のことについては空白のまま提出し、判明次第保健福祉課医療給付グループに連絡してください。