

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>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。