様式第15号（第13条関係）

第三者行為による傷病届（傷害）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事故の状況 | 受傷日時 | 平成　　年　　月　　日　　　午前・午後　　時　　分 |
| 受傷場所 |  |
| 受傷原因と状況(どのようにして受傷したのか具体的に記入して下さい) |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 警察署への届出 | 届済　・　未届　(いずれかに○印) |
| 被　　害　　者 | 被保険者証の記号番号 |  |
| 個人番号 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話(自宅) |  |
| 連絡先(勤務先) |  | 電話(連絡先) |  |
| 加害者に関する事項 | 加害者 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話(自宅) |  |
| 連絡先(勤務先) |  | 電話(連絡先) |  |
| 保護責任者 | ﾌﾘｶﾞﾅ氏名 |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | 昭和平成　　　年　　月　　日 |
| 住所 |  | 電話(自宅) |  |
| 連絡先(勤務先) |  | 電話(連絡先) |  |
| 加害者との関係 |  |
| 診療した医療機関(1) | 医療機関名 |  |
| 診療期間 | 自　平成　　年　　月　　日　　　至　平成　　年　　月　　日 |
| 診療した医療機関(2) | 医療機関名 |  |
| 診療期間 | 自　平成　　年　　月　　日　　　至　平成　　年　　月　　日 |
| 示談の状況 | 有　　・　　無 |
| 　　国民健康保険法施行規則第32条の６又は高齢者医療の確保に関する法律施行規則第46条　の規定により、上記のとおりお届けします。　　　　平成　　年　　月　　日〒　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　(世帯主)　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　姶良市長　　　　　　　殿注　1　提出時までに不明な点は、そのままにして提出し、後日判明した時点で御連絡ください。2　事故証明書があれば、その写しを添付してください。 |