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。 | | | | | | | | | | | | | | | |