

第三者行為による傷病届（傷害）

事故の状況	受傷日時	令和 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		始国・								
	個人番号										
	フリガナ		性別	男	生年	昭和					
	氏名		別	女	月日	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	フリガナ		性別	男	生年	昭和				
		氏名		別	女	月日	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	フリガナ		性別	男	生年	昭和				
		氏名		別	女	月日	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 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日									
診療した医療機関(2)	医療機関名										
	診療期間	自 令和 年 月 日 至 令和 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。 年 月 日 〒 住 所 _____ (世帯主) 氏 名 _____ (印) 電話番号 _____ 始良市長 _____ 殿 注 1 提出時まで不明な点は、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。											