

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						
	フリガナ 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	フリガナ 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)
		フリガナ 氏名		性別	男 女	生年 月 日	昭和 平成 年 月 日
	保護責任者	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						
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">(世帯主) 氏名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p>始良市長 _____ 殿</p> <p>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。</p> <p>注 2 事故証明書があれば、その写しを添付してください。</p>							