

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者証の記号番号	宇土	被保険者名(被害者名)	年 月 日生		世帯主との続柄
	個人番号					
加害者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
加害者の使用者	住所		氏名	年 月 日生	職業	電話
負傷の日時及び場所	年 月 日		午前 午後	時 分頃	場所	
発病の原因又は負傷時の状況						
疾病又は負傷の程度				治癒までの見込み	入院 通院 診療費総額	日 日 円
	国保による診療	年 月 日から している ・ していない				
診療を受けた診療取扱機関名	当初			転移後		
場合自動車の加害事自動車の	自賠責保険契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合		証明書番号	第 号	
	契約者住所			契約者氏名		
	所有者住所			所有者氏名		
	登録番号又は車両番号			車体番号		
	任意保険(対人)の有無	有(保険株式(相互)会社 農業共同組合) ・ 無				
損害賠償に関する交渉の経過	担当(TEL)					
国民健康保険法施行規則第32条の4の規定により上記のとおりお届けします。						
令和 年 月 日						
宇土市長 様		世帯主		住所		
				氏名		
				電話		

注

- 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入して下さい。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば〇月〇日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付き添い費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立したときは示談書写しを提出して下さい。
- 3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いて下さい。
- 4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入して下さい。