

第三者行為傷病届

										個人番号(マイナンバー)									
被害者	被保険者証の記号番号					被保険者 受給者 氏名	年月日生	国保	退職	後期 高齢	福祉	介護							
	受給(資格)者証の番号								本・家										
加害者	住所					氏名		電話											
加害者の 使用主	住所					氏名		電話											
発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃 天候					発生場所													
事故発生 の原因及 び状況																			
傷病及び 負傷の程 度								治ゆまで の見込み	全治		か月 日								
	初診	年 月 日			保険診 療	1 年 月 日から診療している。 2 していない。													
医療機関 名	当初				電話			転医後			電話								
自動 車事 故の 場合 の 加害 自動 車	自 賠 保 険	会社名 (共済名)						証明書 番号											
		保険期間	年 月 日～ 年 月 日 か月					登録番号 (プレート ナンバー)											
	任 意 保 険	契約者 住所						氏名											
		所有者 住所						氏名											
	任 意 保 険	会社名 (共済名)						担当者 氏名			電話								
		証券番号 (契約番号)						保険期間	年 月 日～ 年 月 日 か月										
契約者 住所							氏名												
示談 の有 無	有	無	交渉経過																
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の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。 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号																			
年 月 日 住所 世帯主 氏名 ⑤ 電話 (宛先) 藤岡市長																			

1 国保・退職・後期高齢・福祉・介護の該当する箇所を○で囲んでください。(退職の本人は本、家族は家)

2 次の書類を添付して提出してください。

- (1)交通事故証明書(2)事故発生状況報告書(3)念書(4)誓約書(加害者)(5)示談書(写)
 (6)その他〔加害者の自動車検査証(写)、自賠責保険(共済)証明書(写)、任意保険(共済)証券(写)等〕