

第三者行為による傷病届

<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">国 保</td> <td style="padding: 2px;">退 職</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">本・被</td> </tr> </table>										国 保	退 職		本・被		
国 保	退 職														
	本・被														
被保険者証の 記号番号					受給者番号		世 帯 主	住所							
被保険者の個人番号	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>														
被 保 険 者 氏 名					世帯主 と 続 柄	男 女 才	氏名								
発病又は負傷の 年 月 日	年 月 日				発病又は負傷 の発生場所										
第 三 者 傷 害 の 区 分	交通事故・けんか・その他()														
事故発生当時の 具体的状況及び 被害の程度															
目撃者の住所 及び氏名	氏 名					住 所									
第三者(加害者)の 住所及び氏名	氏 名					住 所	電話() -								
第三者が勤務し ている事業所の 名称所在地	名 称					所 在 地	電話() -								
診療を受けた (うけている)病 院名及び所在地	病 院 名					所 在 地									
保険診療の有無	有・無		保険診療を受けた (又は見込)期間			自	年	月	日	日間					
示 談 の 状 況	成立した・成立していない・交渉中 (月 日現在)					損 害 額 賠 償	円		内	医療費	円				
									訳	その他	円				
自動車損害賠償 責任保険関係	加入の有無	有・無	契約保険会社名												
			保険証明書番号												
任意保険(対人) 関 係	加入の有無	有・無	契約保険会社名												
			証 券 番 号												
上記のとおりお届けします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 世帯主氏名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 市 町 村 長 土佐清水市長 様 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 国保組合理事長 </div>															

添付書類

- 1 示談が成立しているときは、示談書の写。
- 2 損害賠償請求権が、放棄その他の理由で消滅しているときはそのことを証するに足る書類。