

第三者行為による傷病届

事故の状況	受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	受傷場所							
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入してください)							
	警察署への届出	届済・未届	届出警察署	警察署		届出年月日	年 月 日	
被害者	被保険者証の番号							
	フリガナ				男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	
	氏 名							
	住 所							
	電 話 (自宅)			電 話 (携帯)				
加害者に関する事項	加 害 者	フリガナ				男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
		氏 名						
		住 所						
		電 話 (自宅)			電 話 (携帯)			
		【備 考】						
	個人賠償責任保険	保険有無／証券番号		有 / 無		第 号		
		保険会社名						
		担 当 者						
		電 話						
		【備 考】						
診療した医療機関	医療機関名							
	治 療 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日						
診療した医療機関	医療機関名							
	治 療 期 間	自 年 月 日 至 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 又は高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条 2 の規定により上記のとおりお届けします。 年 月 日 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 電話番号 _____ 湯沢市長 _____ 様								