

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	ま		被保険者 受給者氏名	年	月	日生	<input checked="" type="radio"/> 国保	<input type="radio"/> 退職	<input type="radio"/> 後期高齢	<input type="radio"/> 福祉	<input type="radio"/> 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 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	自賠責保険	会社名 (共済名)					証明書 番号					
		保険期間	年 月 日～		か月	登録番号 (プレートナンバー)						
			年 月 日			車台番号						
		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～		か月			
契約者 住所						氏名						
示談の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	交渉経過									
<input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第 条第 項第 号 <input type="checkbox"/> 介護保険法施行規則第33の2 の規定により上記のとおりお届けします。												
年 月 日			住所									
			世帯主 氏名									
(あて先) 前橋市長			電話									
(印)												

- 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]