

様式4号の1

第三者行為による傷病届

国民健康保険法施行規則第32条の6（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条の2）の規定により次のとおりお届けします。

年 月 日

様

世帯主 住所

氏名 ㊟

電話

被害者	フリガナ			生年月日	大昭 平令 年 月 日 (才)				
	氏名			性別 (任意)	男・女	職業			
	法制	国保・退職	記号番号		個人番号				
		後期高齢者	被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。			
介護保険		被保険者番号		個人番号	※記載の必要ありません。				
第三者(加害者)関係	加害運転者	住所	電話 ( ) -						
		フリガナ		性別 (任意)	男・女	年齢	才	職業	
		氏名							
		保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ( )						
	保有者「所有者・使用主」	住所(所在地)	電話 ( ) -						
		名称							
		代表者							
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ( )							
第三者の自賠責共済保険関係	保険会社等				証明書番号				
	共済保険	住所	電話 ( ) -						
	契約者	フリガナ			保険期間	自	年	月	日
		氏名				至	年	月	日
	加害自動車	車種		登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号			
任意共済(対人)の有無	有 (保険会社等の名称 担当者名 ) ・ 無								

事故の内容	発生日時	年 月 日		午前	時	分頃
	発生場所					
	事故原因と状況					
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署	警察署		
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )			
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )				
治療関係	傷病名					
	医療機関の所在地・名称					
	診療の期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別 (入・外)		
示談	示談が成立した ( 年 月 日 ) ・交渉中・示談はしない 示談をする予定 ( 月ごろ ) ・裁判の見込み					
損害賠償金を 受領した場合	名 目	金額又は品名	受領年月日			
損害賠償に関する 交渉の経過						

- 1 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
- 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金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
- 4 自動車のひき逃げ等で加害者が不明な場合は、その旨書いてください。
- 5 性別の記入は任意です。

連 絡 先	吉野ヶ里町こども・保健課 保険係	担当者 ( ) 電 話 ( 0952 - 37 - 0345 )
-------	------------------	-------------------------------------