

第三者の行為による傷病届

			マイナンバー												
被 害 者	被保険者証 の記号番号	長洲-00		被保険者名 (被害者名)	年 月 日生			世帯主と の 続 柄							
加 害 者	住所				氏 名	年 月 日生		職 業	電話 ()						
加害者の 使 用 者	住所				氏 名	年 月 日生		職 業	電話 ()						
負 傷 の 日 時 及 び 場 所		令和 年 月 日 午前 時 分頃、場所 午後													
発 病 の 原 因 又 は 負 傷 時 の 状 況															
疾 病 又 は 負 傷 の 程 度						治ゆまで の見込み	入 院 日 通 院 日 治療費総額 円								
		国保による診療	令和 年 月 日から ☐ している ☐ していない												
診 療 を 受 け た 療 養 取 扱 機 関 名		当初					転院後								
自 場 動 合 車 の 事 加 害 の 自 動 車	自賠償保険 契約会社名	保険株式(相互)会社 農業協同組合				証明書番号	第 号								
	契約者住所					契約者氏名									
	所有者住所					所有者氏名									
	登録番号又 は車両番号					車台番号									
	任意保険 (対人)の有無	☐ 有 (保険株式(相互)会社 農業協同組合) ☐ 無													
損 害 賠 償 に 関 す る 交 渉 の 経 過		担当 (TEL)													
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。															
令和 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 マイナンバー 連絡先 長洲町長 様															

注 1 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。

2 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○月○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写しを提出してください。

3 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。

4 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。