

第三者行為による傷病届

(宛先) 秋 田 市 長 年 月 日

医療 受給者 (被害者) の 状 況	受給者番号	受給者氏名			生年月日 . . .	
	住所 秋田市			電 話 () -		
	加入 保 険	被保険者の氏名	受給者との続柄	記 号 番 号	加入保険名	
	事故発生年月日 年 月 日 午(前・後) 時 分 ころ		事故発生の原因・状況 (交通事故の場合は「交通事故証明書」「事故発生状況報告書」その他参考となるものを添付して下さい。)			
	事故発生場所				
診療を受けた保険医療機関等の所在地名称			診療開始日 . . .	老人保健診療開始日 . . .	診療終了見込 . . .	
第三者 (加害者) の 状 況	氏名 年 月 日生(才)		住所		電話 () -	
	<input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 使用主の氏名		住 所		電話 () -	
	自 賠 責 (強 制) 保 険	契約者氏名		契約者住所		任 意 保 険 (対 人 賠 償)
		保有者氏名		保有者住所		
		契約先		証明書番号	保険期間 . . . から	
登録番号		車台番号	. . . まで			
損 害 賠 償 関 係	損害賠償請求の意志 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 無の時はその理由		示談 <input type="checkbox"/> 有(成立 . . .) <input type="checkbox"/> 無 (有る場合は、示談書を提出して下さい。) 示談の内容又は状況等			
	自賠責(強制)保険 <input type="checkbox"/> 受領(. . . 円) <input type="checkbox"/> 未請求 <input type="checkbox"/> 請求中(成立 . . .) <input type="checkbox"/> その他()					
届出人氏名			住 所			