福祉医療制度における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  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| 住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康  保険 | | | 被保険者の氏名 | | | | | | 続柄 | 記号 | | 番号 | | 保険者名 |
| 事故発生年月日  　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　時　　分 | | | | | | | | | 事故発生の原因・状況  （交通事故の場合、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） | | | | | |
| 事故発生場所 | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 診療を受けた保険医療機関等の名称等 | | | | | | | | | | | | | 診療開始日  　　　　　　　　年　　月　　日 | |
| 診療を受けた保険医療機関等の名称等 | | | | | | | | | | | | | 診療開始日  　　　　　　　　年　　月　　日 | |
| 第 三 者 ⌒加 害 者 ）の 状 況 | 氏名 | | | | | | | | | 住所  電話 | | | | | |
| □親権者 □使用主の氏名 | | | | | | | | | 住所  電話 | | | | | |
| 自賠責保険 | | 契 約 先 | | | | | | | | | | | | |
| 保険期間 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 自賠責証明書番号 | | | | | | | | | | | | |
| 契約者氏名 | | | | | | | 登録番号 | | | | | |
| 車台番号 | | | | | |
| 任意保険 | | 契 約 先 | | | | | | | | | | | | |
| 保険期間 　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 契約番号 | | | | | | | | | | | | |
| 契約者氏名 | | | | | | | 任意対人一括　□有 □無 | | | | | |
|  | | | | | |
| 損害賠償関係 | 損害賠償請求の意志 □有 □無  　無の時はその理由 | | | | | | | | | 示談　□有 □無  　※有の場合、示談書を提出してください。  示談の内容又は状況等 | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 自賠責保険　□ 受　領（ 　 　　円）　□ 未請求  □ 請求中（成立　　　　年　月　日）　□ その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出人氏名 | | | | | | | | | | 住所  電話 | | | | | |