様式第18号(第37条関係)

国民健康保険

第三者行為による傷病届

年　　月　　日

　石川町長　　　　様

住所：

世帯主　氏名：　　　　　　　　　　　　　㊞

電話：　　　　(　　　　)

　国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被害者 | | 被保険者証の記号番号 | | | 島67 | | | | | | | | 被保険者名  (被害者名) | | | | | | 年　月　日生 | | | | | | | | | | 世帯主との関係 | |  | |
| 個人番号 | | | |  | |  | |  | | |  | | | |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 加害者 | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | 職業 | |  | | | |
| 加害者の使用者 | | 住所 | |  | | | | | | | | | | | | 氏名 | |  | | | | | | | | | 職業 | |  | | | |
| 負傷の日時及び場所 | | | | 年　月　日 | | | | | | 午前  午後 | | | | 時　分頃 | | | | | | | | 場所 | | |  | | | | | | | |
| 事故発生の原因及び状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名及び負傷の程度 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 治ゆまでの見込み | | | | | 入院　　日／通院　　日  診療費総額　　　　　円 | | | | | | |
| 国保による診療 | | | | | 年　　月　　日　　　している　・　していない | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療を受けた病院又は医院 | | | | 当初医院名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | |
| 転医後医院名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 住所 | | | | | | | | | | | |
| 自動車事故の場合の加害自動車 | 自賠責保険契約保険会社名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 証明書番号 | | | | | |  | | | | | |
| 登録番号車両番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 車台番号 | | | | | |  | | | | | |
| 契約者住所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 契約者 | | | | | |  | | | | | |
| 所有者住所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 所有者 | | | | | |  | | | | | |
| 任意保険の有無 | | | | | | 有　・　無 | | | | | 有りの場合保険会社(共済)名 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 証券番号 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 保険期間 | | | | | | 年　　月　　日  年　　月　　日 | | | | | |
| 契約者住所 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | |  | | | | | |
| 損害賠償の交渉経過 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 備考  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○日見舞品をどれだけ受取った，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を提出してください。  3　自動車の引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。 | 受付印 |