

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	明 大 昭 平 年 月 日 （ 才 ）					
	氏名				性 別	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	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（ ） —								
		フリガナ		保険期間	自 至	年 月 日	年 月 日				
	氏名										
	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 保険（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 午後	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。

連絡先	課 係	担当者（ ）
		電 話（ ）