

# 国民健康保険第三者行為による傷病届

年 月 日

玉野市長殿

世帯主 住所

氏名

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により届けます。

個人番号(12桁)				被保険者 記号番号	岡4 -
傷病者	氏名 ( 年 月 日生)		世帯主との続柄	住所 TEL ( ) -	
	相手方(運転者)氏名		職業	住所 TEL ( ) -	
第三者	雇用主(車の保有者)名称及び氏名			所在地又は住所 TEL ( ) -	
	負傷した日時 年 月 日 午前 時 分頃 午後		負傷した場所		
負傷の状況	負傷の原因 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他( )			負傷の程度(傷病名)	
	診療を受けた医療機関名			診療の期間 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日	
治療の状況	治療にあたっては、国民健康保険を 年 月 日から使用している。				
第三者の自動車保険等	自賠責保険(共済)契約会社名			証明書番号 第 号	
	契約者氏名			契約者住所 TEL ( ) -	
	任意保険(対人)の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会社名 担当者名 TEL ( ) -				
	交通事故以外で負傷した場合の賠償責任保険の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保険の名称 証券番号 会社名 担当者名 TEL ( ) -				
示談状況	<input type="checkbox"/> 示談成立( 年 月 日) ※示談書の写しを添付してください <input type="checkbox"/> 成立していない				

※ 交通事故の場合は交通事故証明書を添付してください。

