

第三者行為による傷病届

多摩市長 殿

住所 _____

世帯主の氏名 _____ 印

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、次のとおり届けます。

項目		内容		
被害者	被保険者記号番号/ 個人番号	被保険者記号番号 47-	個人番号	
	氏名/生年月日/続柄	氏名	生年月日 年 月 日	続柄
	住所/電話	住所	電話	
加害者	氏名/生年月日/性別	氏名	生年月日 年 月 日	性別 男性 / 女性
	住所/電話	住所	電話	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所			
自賠責保険 (加害者)	保険会社名			
	保険会社住所			
	担当者名/電話	担当者名	電話	
	保険契約者名			
	登録番号/車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間/自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名			
	保険会社住所			
	担当者名/電話	担当者名	電話	
	保険契約者名			
	保険期間/契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社 関与の有無(注)	有 / 無	保険会社名・担当者名	電話	

治療状況	疾病の原因又は 負傷時の状況			
	疾病又は負傷の程度			
	医療機関名/治療開始日/ 入院の有無	医療機関	治療開始日 年 月 日	入院の有無 有 / 無
	所在地			
	医療機関名（移転後）/ 治療開始日/入院の有無	医療機関名（移転後）	治療開始日 年 月 日	入院の有無 有 / 無
	所在地（移転後）			
損害賠償に関する交渉の経過				

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入してください。

(自賠責共済、任意保険の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)