

第三者の行為による傷病届

被保険者氏名 (被害者)	フリガナ											被保険者証記号・番号				
	氏名											久国				
	個人番号												生年月日	年	月	日生
事故の内容	事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ														
	発生場所															
	事故原因と状況															
	警察署への届出	届出済・未届					届出所轄署					警察署				
第三者 加害者 関係	加害者	住所											電話			
		氏名					性別		歳	職業						
	加害者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()														
	保有者 使用主等	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 ()														
損害賠償関係	示談等の交渉状況															
	自賠責保険	保険会社名							電話				担当者			
		契約者名							証明書番号							
		保有者	住所													
	氏名						契約者との関係			第三者との関係						
	任意保険	保険会社(有・無)	住所													
			氏名							電話						
		証券番号					保険期間				担当者					
診療関係	傷病名								初診日							
	治癒までの見込み								国保等開始日							
			入院	日	通院	日	費用	円								
	医療機関	住所							診療期間(見込み)							
		名称							電話							
		住所							診療期間(見込み)							
名称								電話								

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。

年 月 日

世帯主住所

氏名

電話

届出人

久米島町長 あて

※ 世帯主との続柄 ()