

(交通事故以外)

第三者行為による傷病届

被害者 (受診者)	被保険者 記号・番号		保険者名		
	氏名		年 月 日生	世帯主との 続柄	
加害者 (第三者)	氏名 (名称)		年 月 日生	職業	
	住所		電話番号		
加害者の 使用者・ 監督義務者等	氏名 (名称)		第三者との 関係		
	住所		電話番号		
傷病の発生	日時	年 月 日	午前/午後	時 分頃	
	場所				
傷病の程度					
国民健康保険 による診療	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
診療を受けた 保険医療機関等 (接骨院などすべて)					
傷病の原因 又は状況					
損害賠償に関する 交渉の経過	相手との示談は <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 済んでいる (示談書等が <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
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 住所					
世帯主氏名 (署名又は記名押印) 印					
電話					
古河市長 殿					

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ものではありません。

- 注
- 1 傷病の原因又は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け取った、医療費、付添い費用はどちらで負担する、過失割合等を記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
 - 3 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。