

第7号様式

国民健康保険第三者行為による傷病届

年 月 日

(宛先) 川崎市 区長

住 所 川崎市 区

申請人氏名
(世帯主)

印

電話番号 ()

次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

被保険者証 記号・番号	50-	資格 区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職	被保険者 (被害者)氏名				
				生年月日	年	月	日	
事故発生 日 時	年 月 日	午前 午後	時 頃	世帯主との 続 柄		職 業		
事故発生 場 所								
事故の原因	交通事故・その他							
第 三 者 (事故の 相手)	氏 名					職 業		
	住 所					電話番号	()	
	勤務先(事故 が業務中の場 合のみ記入)	事業所名					代表者氏名	
		所 在 地					電話番号	()
損 の 害 状 賠 償 況	示談成立 の有無	有 無	年 月 日 成立	年 月 日 受領	現在ま でに受 領した 損害賠 償金	<input type="checkbox"/> 加害者から直接受領 <input type="checkbox"/> 加害者の自賠責保険から受領 <input type="checkbox"/> 加害者の任意保険から受領 <input type="checkbox"/> 受領していない 内訳 円		
	交渉中の 状 況							
傷病名 及 び 傷病の 程 度				初 診 日	年 月 日			
				国民健康保険 による診療	<input type="checkbox"/> 年 月 日から受けている <input type="checkbox"/> 受けていない			
診療を 受けた 医 療 関	所在地 名 称	電話番号 ()			診 療 見 込 期 間	<input type="checkbox"/> 入院	日	
	所在地 名 称	電話番号 ()			診 療 見 込 期 間	<input type="checkbox"/> 入院	日	
第 三 者 の 自 動 車 保 険	自 賠 責 保 険	保 險 会 社				任 意 保 険	保 險 会 社	
		保 險 契 約 者 名					取 扱 店 名	
		自 動 車 ナ ン バ ー					保 險 会 社 担 当 者	電話番号 ()
		証 明 書 番 号					証 券 番 号	

注意 1 □のある欄には、該当する□内にレ印を記入してください。

2 この届出書には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 交通事故証明書 (交通事故の場合のみ) (2) 事故発生状況報告書 (3) 念書 (兼同意書)
 (4) 示談が成立しているときは示談書の写 (5) 損害賠償請求権が免除等の理由により消滅しているときはその書面