

国民健康保険第三者行為による傷病届									
(宛先) 川崎市 区長						年 月 日			
住 所 川崎市 区									
申請人氏名 (世帯主)									
電 話 番 号 ()									
次のとおり必要書類を添えて届け出ます。									
被保険者 記号・番号	5 0 -					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 時頃 午後 時頃					世帯主との 続 柄			
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(業務中 の事故の場合の み記入)	名 称				代表者氏名			
		所 在 地				電話番号	()		
損 害 賠 償 の 状 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	☐ 加害者から受領 ☐ 加害者の自賠責保険会社から受領 ☐ 加害者の任意保険会社から受領 ☐ 受領していない 内訳		
	交渉中の 状 況				円				
傷 病 名 及 傷 病 の 程 度						初 診 日	年 月 日		
						国民健康保険 に よ る 診 療	☐ 年 月 日から受けている ☐ 受けていない		
診 療 を た 受 け た 医 療 関 機 関	所在地 名 称 電話番号 ()					診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日		
	所在地 名 称 電話番号 ()					診 療 見 込 期 間	☐ 入院 日 ☐ 通院 日		
第 三 者 の 自 動 車 保 險	自 賠 責 保 險	保 險 会 社				任 意 保 險	保 險 会 社		
		保 險 契 約 者 名					取 扱 店 名		
		自 動 車 ナ ン バ ー					保険会社担当者	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し