**様式第４号**

**第三者行為による傷病届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | 国保・退職（本人・家族）・後期・介護 | | | | | | |
| 被害者 | | | フリガナ | | | | | | | | | 世帯主と  の続柄 | | | 被保険者証記号番号 | | | |
| 氏　　名  年　　　月　　　日生（　　　　　）歳 | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | 後期高齢者被保険者番号 | | | |
|  | | | |
| ※ 個人番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者 | 本人 | 住　所 | | |  | | | | | | | 電話 | |  | | | | |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | 年　　　　月　　　日生 | | | | | | |
| 使用者 | 住所  名称  代表者名 | | | 電話 | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の状況 | 発生日時 | | | | 年　　　　月　　　　日　　　午前・午後　　　　　時　　　　分頃 | | | | | | | | | | | | | |
| 発生場所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事故の原因  及び状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 診療関係 | 傷病名及び  傷病の程度 | | | |  | | | | | 初診日　　　　　年　　月　　日  国保（後期）開始日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 治癒までの見込み　　　　入院　　　　　日・通院　　　　　日・費用額　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険医療機関名 | | | | | 住　所  名　称 | | 電話 | | | | | | | | | | |
| サービス関係 | 要介護状態 | | | | |  | | | | 介護保険サービス提供開始日  　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 介護サービス事業者名 | | | | | | 住　所  名　称 | | 電話 | | | | | | | | | |
| 第三者保険関係 | 示談等の交渉状況 | | | | | | 成立した・成立していない・交渉中（　　　　年　　月　　日現在） | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 保険会社名 | | | | | 電話 | | | | | | | | | 担当者名 | |  |
| 契約者名 | | | | |  | | | | 証明書番号 | | | |  | | | |
| 保有者 | | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 任意保険 | 保険会社 | | 住所 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 名称 | | | 電話 | | | | | | | | | | | |
| 証券番号 | | | | |  | | | | | | 担当者名 | | | |  | |

* 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

　　　　　　年　　　月　　　日

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印

（宛先）紀の川市長

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。