

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届											
被保険者証記号番号				被保険者(被害者)氏名							
個人番号				世帯主との続柄							
事故発生年月日				年 月 日 午 前後 時頃				事故発生場所			
事故発生原因とその状況											
第三者(加害者)に関する事項	加害者	住所						電話		番	
		氏名						職業			
	使用主	所在地						電話		番	
		名称						職業			
		代表者名									
	示談並びに請求権の放棄の有無年月日及びその金額	示談	有	年 月 日			賠償金の内訳	医療費 円		休業補償 円	
			無	金 円				看護料		見舞金	
		請求権放棄	有	年 月 日				移送費		障害補償	
			無	金 円				慰藉料		その他	
								葬祭料		交通費	
						計		円			
自動車損害賠償責任保険	責任保険の有無		有・無		保険金受取金額並びに年月日		金 円		年 月 日		
	責任保険証番号										
	保険会社名										
	責任保険の契約者		住所		氏名						
	加害者		住所		氏名						
診察した医師に関する事項	傷病名及び傷病の程度				初診年月日			年 月 日			
					診療見込期間			箇 日 月 間			
					国保診療開始日			年 月 日			
					診療見込額		国保診療開始前	円			
	国保診療開始後	円									
住所氏名等		年 月 日			医師の住所氏名		☑ 電話		番		
上記のとおりお届けいたします。											
年 月 日				住所氏名		☑		広尾町長		様	
世帯主				氏名		☑		個人番号			

(注) 1 第三者に関する事項中、届出現在不明のことについては、空白のまま提出し、判明次第国保係へ連絡して下さい。