様式第15号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者行為による傷病届 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証記号番号 | | | 原　・ | | | | | | | | 世帯主との続柄 | | | | | | 個人番号 | | | | | |
| 被保険者(被害者)氏名 | | |  | | | | | | | |  | | | | | | 本人・住基確認 | | | | | |
| 事故発生年月日 | | | 年　　　月　　　日　午 | | | | | | | | | | | 前  後 | 時　　分頃 | | | | | | | |
| 事故発生の場所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生の具体的原因とその状況 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第三者(加害者に関する事項) | 本人 | 住所  氏名本人・住 |  | | | | | | 電話  (又は連絡場所) | | | | | | | | | | |  | | |
| 職業 | | | | | | | | | | |  | | |
| 使用主 | 所在地  名称  代表者名 | 電話　　　　　　　番 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 示談の有無  年月日 | | 有  無 | 年　月　日 | | | | 内訳 | | 治療費 | | | 円 | | | | | | 休業補償 | | | 円 |
| 入院費 | | | 円 | | | | | | 見舞金 | | | 円 |
| 看護料 | | | 円 | | | | | | 障害補償 | | | 円 |
| 示談の金額  受領の有無  年月日 | | 有  無 | 金額　　　　円  年　月　日 | | | |
| 移送費 | | | 円 | | | | | | 葬祭料 | | | 円 |
| 慰謝料 | | | 円 | | | | | | その他 | | | 円 |
| 自動車損害賠償責任保険 | | 有  無 | 保険会社名 | |  | | | | | | 保険金受領 | | | | 年　　　　月　　　　日  金　　　　　　　円 | | | | | | |
| 証書の記号番号 | |  | | | | | |
| 診療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 | | | 日間 | |
| 診療費の見込額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国保診療 | | | | | 年　月　日から　してない | | | | | | | | | | | | |
| 後遺(胎)症 | | | | | 残る　　　　　　　残らない | | | | | | | | | | | | |
| 住所  氏名等 | | 年　　月　　日  　　　医師住所  　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国民健康保険法施行規則第32条の6の規定に基づき上記のとおりお届けします。  　　　　　年　　月　　日  世帯主住所　　　　　　　　　　番地  氏名　　　　　　　　　　　　　印  　原村長　　　　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |