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 |