

第三者行為傷病届

										個人番号（マイナンバー）										
被害者	被保険者証の記号番号					被保険者受給者氏名					国保		退職 本家		後期 高齢		福祉		介護	
	受給(資格)者証の番号					年 月 日生														
加害者	住所					氏名					電話									
加害者の 使用主	住所					氏名					電話									
発生日時	年 月 日 午 前後 時 分頃 天候										発生場所									
事故発生 の原因 及び状況																				
傷病及び 負傷の程度											治ゆまでの 見込み					全治 か月 日				
	初診		年 月 日					保険診療		1 年 月 日から診療している。 2 していない。										
医療機関名	当初					電話					転医後					電話				
自動車事故の場合の加害自動車	自賠責保険	会社名(共済名)					証明書番号													
		保険期間 年 月 日～ 月 日					登録番号(ナンバー)													
							車台番号													
	契約者住所					氏名														
	所有者住所					氏名														
	任意保険	会社名(共済名)					担当者氏名					電話								
証券番号(契約番号)					保険期間					年 月 日～ 月 日										
契約者住所					氏名															
示談の有無	有 無		交渉経過																	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険法施行規則第32条の6 <input type="checkbox"/> 高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条 の規定により上記のとおりお届けします。 <input type="checkbox"/> 福祉医療費の支給に関する条例第10条第1項第4号																				
年 月 日										住所					印					
板倉町長										世帯主 氏名					電話					
あて																				