

第三者行為による傷病届(傷害)

被保険者番号	北 見		—		重度・ひとり親・乳幼児	受給者番号						
被害者	フリガナ					個人番号						
	氏 名					生年月日	年 月 日			世帯主との続柄		
事故の状況	受傷日時	年 月 日		午前・午後		時	分		頃			
	受傷場所											
	受傷原因と状況											
	(どのようにして受傷したかを具体的に記入してください)											
	警察への届出	届済 ・ 未届 (いずれかに○印)										
被害の状況	医療機関											
	受診期間	自	年	月	日	～	至	年	月	日		
	傷病名又は負傷の程度					治癒までの見込	入院	日	通院	日	診療費総額	円
加害者に 関する 事項	加害者住所						電話					
	フリガナ					生年月日	年 月 日					
	加害者氏名					生年月日	年 月 日					
	保護責任者住所						電話					
	フリガナ					加害者との関係						
	保護責任者氏名					加害者との関係						
賠償保険	賠償会社名											
	電話番号					担当者氏名						
示談の状況		有 ・ 無										
<p>国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおり届出いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>(世帯主) 氏名 (印)</p> <p>電話</p> <p>北見市長様</p>												

※本届出書に 同意書、交通事故証明書、事故発生状況報告書、念書を添付してください。
また、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。