様式第18号(第15条関係)

第三者の行為による傷病届

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号番号 | 　 | 被保険者(被害者)氏名 | 　 | 生年月日 | 　年　　月　　日 | 世帯主との続柄 | 　 |
| 個人番号 |  |
| 事故発生の年月日 | 年　　　月　　　日　　　　午 | 前後 | 　　　時　　頃 |
| 事故発生の場所 | 　 |
| 事故発生の具体的状況と被害の程度 | 　 |
| 第三者(加害者)に関する調 | 本人 | 住所 | 　 | 年齢 | 　 | 電話 | 　 |
| 氏名 | 　 | 勤務先 | 　 |
| 使用主 | 所在地 | 　 | 代表者氏名 | 　 |
| 名称 | 　 | 電話 | 　 |
| 加害者が未成年者である場合の調 | 親権者の住所 | 　 | 年齢 | 　 |
| 氏名 | 　 | 加害者との続柄 | 　 |
| 示談の有無及び年月日並びにその金額 | 有 | 年　月　日 | 内訳 | 医療費　　　　　　円 | マッサージ料　円 | 障害補償　　円 |
| 看護料　　　　　　円 | 慰謝料　　　円 | 葬祭料　　円 |
| 無 | 金　　　　　　　円 | 移送料　　　　　　円 | 休業補償　　円 | 交通費　　円 |
| 輸血料　　　　　　円 | 見舞金　　　円 | その他　　円 |
| 自動車損害賠償責任保険 | 有 | 保険会社名 | 　 | 保険金受領 | 　　　　年　　月　　日 |
| 無 | 証書の記号番号 | 　 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 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 | 国保診療の有無 | 　　　年　　月　　日からしていない。 |
| 　 | 後遺(胎)症 | 　　　残る。　　　　　　残らない。 |
| 住所氏名等 | 　　　　　　　年　　月　　日医療機関　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　　　　電話　　　　　番　　　　　　　　　　　　 |

　　上記のとおりお届けいたします。

　　　　　　年　　月　　日

世帯主　住所　　刈田郡七ケ宿町字　　　　　　　　　　　番地

 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号

七ケ宿町長　殿

　1　第三者に関する事項欄中、届出日現在不明のことについては、一応空白のまま提出することにし、世帯主は、当該未記入事項を控えておいて後で判明次第速やかに連絡のこと。

　2　示談が成立しているときは必ず示談書の写を添えること。

　3　損害賠償請求権を放棄その他の理由で消滅しているときは、そのことを証するに足る書類を添付すること。

　4　警察官署の発行する事故証明書を添付すること。