

第三者行為による傷病届（福祉医療用）

年 月 日

(宛名) 大津市長

届出者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

(被害者との関係 ; _____)

下記のとおり、お届けします。

事故発 生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発 生場所			
事故の 状 況	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> けんか・暴行 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
	事故の状況について詳しくご記入下さい；				
被害者 に 関 する 事 項	氏名	(福祉番号 ; _____ 受給者番号 ; _____)	生年 月日	(明・大・昭・平・令) _____ 年 月 日生	
	住所	(電話 _____ - _____)	勤務先 (職業)		
	加入健康 保険	加入健康 保険名称	保険証の 記号番号	記号 ; _____	
		保険者 番 号		番号 ; _____	
	被保険者 氏 名	資格取得日	_____ 年 月 日		
加害者 に 関 する 事 項	氏名		生年 月日	(明・大・昭・平) _____ 年 月 日生	
	住所	(電話 _____ - _____)	勤務先 (職業)		
	<input type="checkbox"/> 加害者が不明な場合 その理由				
加害者の 自動車 保険 加入 状況	自賠責・ 任意	保険会社名 (支店・代理店名)	契約者名		
		所在地・連絡先 (電話 _____ - _____)	証書番号		
	自賠責・ 任意	保険会社名 (支店・代理店名)	契約者名		
		所在地・連絡先 (電話 _____ - _____)	証書番号		
示談の状況	<input type="checkbox"/> 成立した <input type="checkbox"/> 交渉中 (_____ 月 _____ 日現在) <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input checked="" type="checkbox"/> 示談が成立している場合は示談書の写しを提出して下さい。				
受診した医療機関 (事故による傷病の治療で受診した医療機関をすべてご記入下さい)					