

第三者の行為による傷病届

課長	係長	係	受付
令和		年	月 日

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号				健康保険 保 険 者 名					
	公費負担者番号	2	8		ふりがな	(男・女)				
	受給者番号				氏名	世帯主との続柄				
第 三 者	本人	ふりがな			住所					
	使用主	氏名	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	TEL	— —				
事 故 の 状 況	事故発生の 年月日・時	平・令 年 月 日	午前・午後	時 分頃	事故発 生場所					
	事故の原因 と状況									
損 害 賠 償 関 係	示談等の 交渉状況									
	示談の有無 年月日及び 金額	有	平・令 年 月 日	円	内訳	医療費	円	第三者に対す る損害賠償 請求権	有	無
		無	金	円		その他	円		免除	不明
自 賠 責 保 険	自賠償 保 険	保 険 会社名	TEL — —		任 意 保 険	保 険 会社名	TEL — —		担 当:	
		証 明 書 番 号				証 券 番 号				
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度				初 診 日	平・令 年 月 日				
					診 療	平・令 年 月 日 より行っている 行っていない				
	医 療 機 関 名	住 所 名 称			診 療 見 込	入 院 日	通 院 日			
		TEL	—	—	診 療 の 見 込 額	約 円				
		住 所 名 称								
		TEL	—	—						
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請人 住所 神戸市 区 町 丁目 番 番地 号</p> <p>(世帯主) 氏 名 ⑩ TEL — —</p> <p style="text-align: center;">神戸市 区長様</p>										

- 注 意
- この申請書と同時に次の書類を提出してください。
 - ア 交通事故証明書(必ず)
 - イ 示談が成立しているときは示談書の写し
 - ウ 損害賠償請求権が免除等により消滅しているときはその書面
 - 不明のことは、一応空白のまま提出し、後日分かり次第ご連絡下さい。
- エ 事故発生状況報告書
オ 誓約書
カ 委任状兼同意書