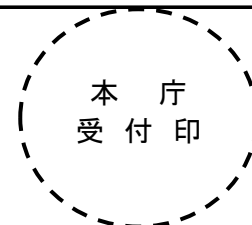


## 第三者の行為による傷病届

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	0000-000			健康保険 保険者名	〇〇健康保険組合							
	公費負担者番号	4	8	2	8	4	0	1	2	ふりがな 氏名	こうべ けんた (男) 女 神戸 健太 世帯主との続柄		
	受給者番号	0	1	2	3	4	5	6	生年月日	昭・平・令 30年 4月 10日生 (子)			
第三者	本人	ふりがな 氏名 生年月日	ひょうご いちろう 兵庫 一郎 大・昭・平・令 60年 5月 1日生			住所	神戸市灘区〇〇町1丁目1-1 TEL 078 - 000 - 0000						
	使用主	所在地 名称 代表者氏名	神戸市中央区〇〇町2丁目2-2 〇〇運送株式会社 福祉 二郎			TEL	078 - 111 - 1111						
事故の 状況	事故発生の 年月日・時	平・令 元年 12月 1日 午前・午後 1時 20分頃	事故発 生場所	神戸市中央区〇〇町3丁目〇〇先交差点付近									
	事故の原因 と状況	神戸 太郎(父)の運転する乗用車に同車して買い物に行く途中、上記交差点を青信号で進入。その際、右折車と接触して受傷した。											
損害 賠償	示談等の 交渉状況	交渉中											
	示談の有無 年月日及び 金額	有 無	平・令 年 月 日 金 円	内訳	医療費 円	第三者に対す る損害賠償 請求権	有 無 免除 不明						
関係	自賠償 保険	保険 会社名 〇〇保険 TEL 078-222-2222	証 明 書 番 号 〇〇-〇〇〇〇-〇	契 約 者 名 〇〇運送 福祉 二郎	任 意 保 険	保 険 会 社 名 〇〇保険 TEL 078-333-3333	証 券 番 号 〇〇〇〇〇〇	担 当 : 〇〇					
	診療 関係	傷病名及び 傷病の程度	頭部外傷、頸椎捻挫等			初診日	平・令 年 月 日						
		住所 名称 TEL	神戸市中央区〇〇町4丁目4-4 〇〇病院 078 - 444 - 4444			診療	平・令 元年 12月 1日 より行っている 行っていない						
	医療 機関名	住所 名称 TEL				診療見込 入院 日 通院 日							
						診療の 見込額	円						
上記のとおりお届けします。 令和 元年 12月 20日 申請人 住所 神戸市 中央 区 〇〇 町 5 丁目 5 番 5 号 (世帯主) 氏名 神戸 太郎 神戸市 中央 区長様													



- 注 1 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  
2 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