

第三者行為による傷病届

※ 入身の事故証明書(原本)を添付してください。

健康保険記号番号		受給者名 (ケガをされた方)	電話 — — (昭・平・令) 年 月 日 生	
事故発生の日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生の場所		
事故の原因及び状況				
警察への届け出	<input type="checkbox"/> 届け出をした () 警察署 <input type="checkbox"/> しなかった			
相手者	氏名	男・女 () 才 勤務中・勤務外		
	住所	電話		
同上使用主 (勤務中の事故のみ記入)	名称	代表者		
	所在地	電話		
示談	示談が成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した 場合	名目	金額又は品名	受領年月日	
			令和 年 月 日	
治療を受けた病院等	病院等名	①	②	③
	治療等開始	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
	治療等終了	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日

交通事故については、加入している保険会社名等を下の欄に記入してください。

相手車の自賠責保険	保険会社	会社名	所在地		
	証明書番号	保険期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	自動車	府県別登録番号	車体番号		
	契約者	住所	所有者	住所	
氏名		氏名			
任意保険の相手車	保険会社	会社名(担当者)	所在地	電話	— —
	保険契約者	氏名	住所	電話	— —

上記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

受給者 住所 _____

(自署の場合は押印不要)

氏名 _____ 印 _____

(自署の場合は押印不要)

親権者 _____ 印 _____

受給者との関係 _____

電話 _____

北九州市長 様

(注) 受給者が未成年、その他法律行為を制限される場合は、親権者又はその他法定代理人が署名してください。