

# 記入要領

別紙「第三者行為による傷病届」記入の参考にしてください。  
**自損事故等であっても赤枠内は必ずご記入ください。** そのほかの項目で分からない部分は「不明」とご記入ください。

保険証に記載されている記号・番号を記入してください。

ケガをされた、重度障害者、又は子ども、ひとり親家庭等医療受給者の方の氏名、生年月日を記入してください。連絡先は日中連絡がつくものを記入してください。

ケガをした主な原因と現在のケガの状況を記入してください。ご自身の運転による自損事故の場合は、その旨記入ください。

ケガをする原因となった相手方に関して記入してください。相手が勤務中の時は使用者の欄も記入してください。

示談をした場合は、示談書の写しも添付してください。

損害賠償金として相手から治療費、慰謝料、損害物の修理代など金品の授受があった場合は必ず記入してください。

保険証の使用、未使用に関わらず必ず記入してください。

交通事故の場合のみ必ず記入してください。相手方の加入している保険について記入してください。記入の際には、記入ミスのないようにしてください。

この用紙の記入日を記入してください。

署名は受給者がしてください(自署の場合は押印不要)。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。

**第三者行為による傷病届**

賠償記録番号		受給者名 (ケガをされた方)	電話	性別	年齢
事故発生の日時	令和 年 月 日	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				
知事者	氏名	住所	電話	職業	関係
同上欄写し (勤務中の業 種のみ記入)	氏名	住所	電話	職業	関係
示談	示談成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしな かった( ) ・ 警察の見込み				
損害賠償金を受領 した場合	日	金額又は品名	受領年月日	金額	年月日
治療を受けた病院 等	病院名	住所	治療年月日	治療年月日	治療年月日

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。

相手方の 自賠責保険	保険会社	会社名	所在地	電話	
	保険期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
	日 時	住所	氏名	職業	
	契約者	住所	氏名	職業	
相手方の 任意保険	保険会社	会社名(任意者)	所在地	電話	
	保険期間	氏名	住所	職業	

上記のとおり届け出した日  
 令和 年 月 日

受給者 住所 \_\_\_\_\_ (自署の場合は押印不要)  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 親権者 \_\_\_\_\_ 印  
 受給者上の関係 \_\_\_\_\_  
 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。