

### 第三者行為による傷病届

※「人身の事故証明書（原本）」を添付してください。

福祉医療の種別		受給者名 (ケガをされた方)	(昭・平・令) 年 月 日生		
受給者番号		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	
受給者(被害者)加入の保険会社	会社名(担当者) 所在地		電話 - -		

↓相手の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。

相手の自賠責保険	保険会社名					
	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			保有者	住所
氏名				氏名		
任意保険 相手の	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 - -		
	任意対人 一括の有無					

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