

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。

使用した福祉医療(子ども・ひとり親・重度障害)の種類と、受給者番号を記入してください。

ケガをされた、福祉医療受給者の方の氏名、生年月日を記入してください。

第三者行為による傷病届

福祉医療の種類別		受給者名 (ケガをされた方)	
受給者番号		(姓・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・業務外	
	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
	治療等開始	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

※「人身の事故証明書(原本)」を添付してください。

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。

福祉医療証を使用した治療について記入してください。

受給者(被害者)側にて加入している保険会社が、相手との交渉などに関与している場合記入してください。

交通事故の場合など相手方の保険会社が交渉や賠償金の支払いなどに関与している場合、記入してください。
任意対人一括対応の有無については、相手方の加入している保険会社へ問い合わせてください。

↓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 氏名	保有者 住所 氏名
任意保険	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

親権者 _____ 印

受給者との関係 _____

電話 _____

この用紙の記入日を記入してください。

北九州市長 様

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。