

様式第5号(第19条関係)

決裁	課長	係長	係
----	----	----	---

第三者の行為による傷病届									
被保険者証記号 番号		被保険者名 被害者		世帯主との続柄()					
個人番号									
事故発生の 具体的原因 とその状況		年 月 日 午前午後 時頃							
								
								
第三者(加害者)に関する事項	本 人	住 所			電話番号				
		氏 名			職 業				
	使 用 者	所 在 地							
		名 称							
		代表者名			電話番号				
		示談の有無 年月日及び その金額		有 交渉中 無	年 月 日		内訳 及び 理由	医療費 円	備考
				金 円		その他 円			
	自動車損害 賠償保険		有 無	保険会社名	年 月 日		保 険 金 受 領	年 月 日	
				証書の記号 番号				円	
診療した 医師に 関する 事項	傷病名及び 傷病の程度		初診年月日		年 月 日				
			国保診療		年 月 日から している。 していない。				
	住 所		年 月 日						
	氏 名		医師の住所 氏 名			Ⓧ 電話番号			
保険給付を受けたいので、上記のとおりお届けいたします。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 Ⓧ 嘉手納町長 殿 電話番号									

[注] 第三者不詳のときは、その旨を記入して提出してください。