

第三者行為による傷病届

被害者に関する事 件	被保険者証 の記号番号	記号 50ー 番号	フリガナ 氏名 個人番号	世帯主 の続柄
	フリガナ 氏名		左記の 者の 使用主	名称	
加害者に関する事 件	住所			所在地	
	電話番号			電話番号	
	職業			代表者	
	加害者が不明 なとき(その理 由と状況)				
事故の状況	発生日月日	年 月 日 時ごろ			
	発生場所				
	原因と状況				
被害の状況	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 年 月 日まで		
		診療見込期間	日・月 間		
診療を受け ている病院	当初	病院名	転 院 後	病院名	
		電話番号		電話番号	
上記のとおり届け出ます。 年 月 日 住 所 世帯主 氏 名 電話番号 羽村市長 あて					

[注] ・ 届出日現在、不明のことについては空欄のまま提出していただき、後日下記までご連絡ください。
 ・ 交通事故証明書(原本)を添付してください。
 ・ 示談が成立しているときは示談書の写しを添付してください。
 (連絡先) 羽村市市民生活部市民課保険係 TEL042-555-1111 内線125~129