

(表)

【公費(子障親)医療制度用】

第三者の行為による傷病届

年 月 日

筑後市長 様

公費医療受給者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

医療証の受給者番号							
受給者	フリガナ			生年月日	年 月 日( 歳)		
	氏名			性別	男・女	職業	
事故の内容	発生日時	年 月 日		午前・午後	時	分頃	
	発生場所						
	事故原因と状況						
	警察署への届	届済 ・ 未届(いずれか○印)		届出所轄署		警察署	
	心身の状況	相手者	正常 ・ いねむり		疲労 ・ 飲酒 ・ 病気( )		
受給者		正常 ・ いねむり		疲労 ・ 飲酒 ・ 病気( )			
受給者の人身傷害 補償保険について		有 ・ 無	損保名 [ _____ 会社 ] 一担当者名 [ _____ ] 電話番号 [ _____ ]		サービスセンタ		

第三者(相手者)関係	相手者	住所	電話					
		フリガナ氏名	性別	男・女	年令	歳	職業	
	保有者との関係	本人 ・ 従業員		親族		その他( )		
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)	電話					
		名称						
		代表者						
	契約者との関係	本人 ・ 譲受人		借受人		その他( )		

(裏)

第三者の 関係	自賠責保険	保険会社(又は農協)		証明書番号				
		住所	電話					
	契約者	フリガナ	期間		自	年	月	日
		氏名			至	年	月	日
	相手者の自動車		車種	登録番号 車両番号	プレート ナンバー	車台 番号		
任意保険(対人) の有無	有・ 無	契約保険会社	保険会社(共済) 農業協同組合		サービスセンター			
		証券番号	電話番号 ( )	担当者				
			第	号				

治療関係	傷病名及び傷病の程度			治療終了日 【 年 月 日】
	医療機関の所在地・名称			
	診療の期間 (見込み期間)	年 月 日から 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日から 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日から 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した( 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	金額又は品目	受領年月日

- 注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。
- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
  - 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
  - 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
  - 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
  - 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
  - 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部
2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出してください。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課	担当者 電話
-----	---	-----------