

### 第三者行為による傷病届(交通事故)

(受診者) 被害者	被保険者記号番号	被保険者記号 土浦	被保険者番号 (枝番) -	
	氏名 / 生年月日 / 続柄	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日生	世帯主との続柄
	住所 / 電話	〒		TEL ( )
	個人番号			
(加害者) 第三者	氏名 / 性別 / 職業	ふりがな 氏名	男性 / 女性	職業
	住所 / 電話	〒		TEL ( )
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所・状況			
自賠責保険 (加害者)	保険会社名			
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	登録番号 / 車台番号	登録番号	車台番号	
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	自賠責番号	
任意保険 (加害者)	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ( )	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者住所 / 氏名	住所 〒	ふりがな 氏名	
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
	任意対人一括の有無	有 / 無		
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ( )
治療状況	疾病又は負傷の程度			入院の有無 有 / 無
	当初診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
	転医後診療を受けた 診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により、上記のとおりお届けします。				
年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 (印) 電話番号				
(届出先) 土浦市長				
<b>本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。</b>				
(注) 保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。 (自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)				