

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	函		被保険者氏名（被害者）			世帯主との 続 柄				
			(昭・平・令 . . . 生)			個人番号				
						電話				
事故発生年月日	平成・令和		年	月	日	午前 午後	時	分		
事故発生場所	函館市 町 丁目 番 号									
	(市外)									
事 故 発 生 の 事 原 因 と そ の 状 況										
第 三 者（加 害 者） に 関 す る 事 項	加 害 者	住 所	函館市 町 丁目 番 号			勤 務 先	住 所	函館市 町 丁目 番 号		
			(市外)					(市外)		
		氏 名					名 称			
		電 話					電 話			
	自 動 車 損 害 保 険 自 賠 償 責 任 保	保 険 会 社 名		(火災海上・海上火災) 保険株式会社 共済農業組合						
		証書の記号番号								
		契 約 者 住 所			氏 名					
	任 意 保 険	保 険 会 社 名		(火災海上・海上火災) 保険株式会社 共済農業組合						
		証書の記号番号								
		契 約 者 住 所			氏 名					
傷 病 名 及 び 程 度 傷 病 の 診 療 見 込 期 間	傷 病 名					診 療 見 込	自 平・令	年	月	日
							至 平・令	年	月	日
	診 療 を 受 け た 療 養 取 扱 機 関 名					初 診 日	平・令	年	月	日
							平・令	年	月	日
国民健康保険法施行規則第32条第6項の規定により上記のとおり届出します。										
令和 年 月 日										
(宛先) 函 館 市 長										
住 所 函館市 町 丁目 番 (番地) 号										
世帯主 氏 名										
個人番号										