

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者等記号番号	氏 名 (世帯主との続柄)	個 人 番 号	生 年 月 日	
	01— —	()		年 月 日	
加害者	住所又は居所	〒	左 の 使 用 主	所在地	〒
	氏 名			名 称	
	電 話	()		代 表 者	
	職 業			電 話	
	加害者不明の とき (その状況)				
事故の 状況	発 生 年 月 日	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	発 生 場 所				
	事 故 原 因 と そ の 状 況				
	過失の程度	(1) 大部分第三者過失 (4) 大部分被害者過失 (2) 相互過失 (5) 被害者無過失 (6) 第三者無過失 (6) 不明	事故証明	有 ・ 無 ・ 後日	
		状況報告	有 ・ 無 ・ 後日		
		所 轄 署	警察署		
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～ 年 月 日	
	初診見込期間	入院 か月 日間、	通院 か月 日間		
	診療見込額	円	後 遺 症	有 ・ 無 ・ 不明	
	診療を受けて いる病院名並 びに所在地	病院名	担当医		
	所在地	電 話 ()			
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>なお、この届出にあたって、千代田区が取得する損害賠償請求権の行使において、対象となる診療報酬明細書等を、保険会社等に請求資料として提出すること及び自賠責保険への残額調査等について同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 千代田区 氏 名 個人番号 電 話 ()</p> <p style="text-align: center;">千代田区長 殿</p>					