

記入例

国保用

（その2）

第三者の行為による傷病届

第三者の自賠責 共済 関係 保険	保険会社 (又は農協)		共済 証明書番号 保険		相手方の自賠責保険証書を 参照して記入してください。		
	共済 保険 契約者	住所	電話				
		フリガナ 氏名	共済 期間 保険		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
加害自動車		車種	車両番号		車台 番号		
共済 任意 保険 (対人)の有無		有【 相手方の任意保険の加入の有無 】, 無 について、記入してください。 保険株式(相互)会社 農業協同組合					
治療 関係	保険給付の 開始日	国保 による診療 平成 年 月 日からしている 老人保健					
	医療機関の 所在地・名称	国保を使用して治療を受けている場合、その状況を記入してくだ さい。診療期間が未定の時は空欄のままで可。					
	診療の期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで			
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						
損害賠償金を 受領した場合		名 目	金額又は品名		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。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの。) 1部
- 交通事故発生状況報告書 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ときまでに分からないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連絡先	国保年金 課 国保班 係	担当者 ()
		電 話 (043-443-1139)