第17号様式（第８条関係）

**①**

第三者の行為による傷病届

年　　月　　日

　　　いわき市長　様

届出者　 住　　所

（世帯主）　氏　　名

電話番号　　　　（　　　）　とどｋと

|  |  |
| --- | --- |
|  | 被保険者証の記号番号　　　　── |
| 事故に遭った被保険者の氏名年　　月　　日生 | 被保険者区分　□一　般　□退職本人　　□退職被扶養者 |
| 事故に遭った被保険者の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 相手方　住　所　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）　　　 |
| 相手方の使用者　住　所（所在地）　氏　名（名　称）　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　）　　　 |
| 事故発生の日時　　　　　　　　　　　　　　　午前　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　午後　　　時　　　分ごろ |
| 事故発生場所 |
| 事故発生の具体的状況（交通事故の場合は、相手方の免許の有無、飲酒の状況等を詳しく書いてください。） |
| 傷病名 | 診療見込期間 |
| 診療を受けた保険医療機関等　名　称　所在地 | 名　称所在地 |
| 国民健康保険による診療　□　受けている　　　　　年　　　　月　　　　日から　　　　　　　□　受けていない |
| 相手方の自動車損害賠償責任保険　　□　加入　　契約保険会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　未加入証 明 書 番 号　　第　　　　　　　　　　　　号　　契約保険会社名証明書番号第号　　　　　 |
| 相手方の任意保険（対人）　□　加入　　契約保険会社名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　未加入証 明 書 番 号　　第　　　　　　　　　　　　号　　契約保険会社名証明書番号第号　　　　　 |

　注　示談が成立している場合は、示談書の写し

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 窓口に来られた方 | 本人確認 | 口頭確認【□家　□前　□生　□本　□　　　　　】 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 1.運転免許証 |  7.印鑑登録手帳 | 13.社員証 | 従来の個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.旅券 |  8.健康保険証 | 14.学生証 |
| 3.個人番号カード | 9.介護保険被保険者証 | 15.その他 |  |  |
| 氏名 | 届出人との関係 | 4.障害者手帳 | 10.国民健康保険証 |  |
| 5.在留カード | 11.後期高齢者医療被保険者証 |  |  |  |
| 6.療養手帳 | 12.年金手帳 |  |