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 |  | |