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

住　　所　　　＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠

届出者（世帯主）　氏　　名　　　　　　　　　＠＠＠＠＠

電話番号＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠＠

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 注意　□のある欄は、該当する箇所に***レ***印を入れてください。 | | 被保険者記号・番号  　　　― |
| 被害を受けた被保険者の氏名  年　　　月　　　日生 | | |
| 加害者  　住　所（所在地）  　氏　名（名　称）　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） | | |
| 加害者の使用者  　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 | | |
| 傷病名 | 診療見込期間 | |
| 診療を受けた保健医療機関等  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 | | |
| 自動車損害賠償責任保険  契約保険会社名  証 明 書 番 号　第　　　　号  □　加入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　未加入 | | |
| 任意保険  契約保険会社名  証　券　番　号　第　　　　号  □　加入　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　未加入 | | |

　添付書類

　　１　現場見取図

　　２　示談が成立している場合は、示談書の写し

