

傷害事故による傷病届

種別 国保・退職・後期高齢者・介護

被害者事項	国民健康保険証の記号番号	住所	沼津市		
	被保険者(被害者)氏名	年 月 日生	世帯主との続柄	世帯主名	電話
加害者(相手方)及び傷害事故に関する事項	住所	氏名	電話		
	事故発生の日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
	” 場所				
	事故原因及び状況	..... ..... ..... .....			
	加害者の使用者 (加害者が従業中の場合)	住所(所在地)			電話
		名称・代表者			
	警察への届出	無 有・・・ 年 月 日			警察署
	事故後の協議事項等	訴訟・調定・協議中・示談・損害賠償請求権の放棄			
	備考	..... ..... ..... .....			
	診療事項	病(医)院名	入院	(転院した場合) 入院	
国保診療開始日		年 月 日 通院	年 月 日	通院	
	治療費負担	1 被害者 2 加害者 3 使用者 4 保険会社			

上記のとおりお届けします。

届出人 (○で囲む) 被害者側・加害者側・代理人

年 月 日

(宛先) 沼津市長

氏名 \_\_\_\_\_ 印