

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		電 話	—	
	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