

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	1 2 3 4 5 6 7	住所	沼津市 御幸町〇番〇号			
	被保険者(被害者)氏名	沼津 花子 昭和〇年〇月〇日生		世帯主との続柄	子	世帯主名 電話	沼津一郎 〇〇〇-〇〇〇〇
加害者	住所	沼津市三枝橋町〇番〇号	氏名	国保 太郎		電話	(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇
	事故発生の日時	平成〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後〇時〇〇分頃					
	場所	沼津市市場町〇番〇号					
相手方及び傷害事故に関する事項	事故原因及び状況	沼津花子が、買物をしていたところ、背後から来た国保太郎にバックを引一張られ転倒した。					
	加害者の使用者(加害者が従業中の場合)	住所(所在地)	沼津市三園町〇番〇号	電 話			
		名称・代表者	(株)△△商事		〇〇〇-〇〇〇〇		
	警察への届出	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有・・・〇〇年〇〇月〇〇日 沼津警察署					
	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	転倒時に右足を骨折したため入院した。 現在は退院し、リハビリのため通院中である。 加害者は、強盗罪で起訴され、勾留中である。 そのため、加害者側の弁護士と協議している。						
診療事項	病(医)院名	<input type="checkbox"/> 〇〇総合病院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院		(転院した場合) <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇医院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院			
	国保診療開始日	〇〇年〇〇月〇〇日 通院		〇〇年〇〇月〇〇日 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 (〇で囲む) 被害者側・加害者側・代理人

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 沼津市長

氏名 沼津 花子 ㊞