

課長	主幹	係

第三者の行為による診療開始届

※

大垣市長	令和	年	月	日
様	住所（〒 - ）			
世帯主 氏名				印
電話（ ） -				

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により次のとおりお届けします。

事故発生日	年 月 日 午(前・後) 時 分頃	事故発生場所				
保険種別	若人・退職本人・退職家族	事故原因と状況				
被害者 (被保険者名)	被保険者証 記号・番号 (フリガナ)		続柄		性別 男・女	
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	個人番号				
加害者 (運転者)	氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	(〒 -)				
	電話	() -				
	保有者	氏名	電話	() -		
		住所	(〒 -)			
		加害者との関係	本人・親族(続柄) ・事業主・その他()			
契約者	氏名		電話	() -		
	住所	(〒 -)				
	保有者との関係	本人・親族(続柄) ・事業主・その他()				
自賠償保険	有・無	保険会社	証明書番号			
	任意保険	有・無	支店名	課名	担当者名	
		証券番号	電話			
医療機関の所在地・名称(氏名)		傷病名	初診日	年 月 日		
当初			保険診療 開始日	年 月 日		
転医後			診療見込期間			
			診療見込金額	円		

(注)※印欄は、保険者にて記入します。