

第三者行為(交通事故以外)による傷病届

令和 年 月 日

(あて先) 旭 川 市 長

届 出 人 〒 -
(世帯主) 住 所

名 前 ⑩
*署名又は記名捺印

電 話 番 号 () -

国民健康保険法施行規則第32条の6及び旭川市国民健康保険条例施行規則第22条第1項の
規定に基づき次のとおり届けます。

被保険者(被害者)に関する事項	被保険者証 記 号 番 号		旭		被保険者 氏 名				世 帯 主 との続柄				
	住 所						生年月日		昭・平・令 年 月 日				
			TEL										
	負傷年月日		令 和 年 月 日				午前 / 午後 時 分頃						
	負傷原因												
	負傷場所												
	負傷の状況 及び 病院名		病院名					現在の状況		入院中・通院中・治癒・中止			
国民健康保険による医療給付を令和 年 月 日 から							受けている		受けていない				
相手側(加害者)に関する事項	加害者	住 所		〒 -									
		氏 名						TEL					
	対応損害 保険会社		有 ・ 無	保険会社名						担当者			
										TEL			
	警察届出		有 ・ 無	届出警察署						担当者			
										TEL			
備 考													