

第三者の行為による被害届

被保険者証 記号番号	— (一般・退職)		個人番号	
被保険者 (被害者)	住所	一関市		電話番号
	氏名	昭・平	年 月 日生	世帯主氏名 (続柄)
被害の 状況	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分		
	発生場所			
	顛末 (説明)			
加害者	住所			電話番号
	氏名			職業
示談の状況	1. 成立 (平成 年 月 日、別添写のとおり) 2. 不成立			
損害賠償 の状況	円 (年 月 日)		円 (年 月 日)	
	円 (年 月 日)		円 (年 月 日)	
診療の状況	医療機関等	名称		
		所在地		
	初診年月日	平成 年 月 日		
	傷病名			
	診療費等	療養費	円	その他

上記のとおり届出いたします。

平成 年 月 日

世帯主 住所

氏名

印

一関市長 様

受付支所名 (本庁は「本」)	担当
本・花・大・千・東・室・川・藤	

治療状況	この事故で医師の治療を受けましたか		受けた ・ 受けない	
	医療機関	名称		
		所在地	TEL ()	
	支払方法	健康保険・加害者負担・自費・その他 ()		
	治療開始	平成 年 月 日	入院 ・ 通院	
	転 帰 (経 過)	(平成 年 月 日 現在) 現在入院中 ・ 通院加療中 ・ 治癒 ・ 中止		
	入院治療期間	入院 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日 通院 自 平成 年 月 日～至 平成 年 月 日		
	後遺症	ある ・ ある見込 ・ ない ・ ない見込		
治療見込	平成 年 月 日から約	日 月	くらい	

※この欄は記入する必要はありません。

保 険 給 付 欄				
種 別	金 額	内 訳	支給年月日	備 考
療養の給付	円	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
療 養 費	円	マッサージ・装具・輸血・ 柔道整復施術		
傷病手当金	円	年 月 日から 年 月 日まで 日間		
	円			
	円			
	円			
	円			
合 計	円			