

# 記入例

## 第三者の行為による被害届

被保険者証 記号番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇 (一般)・退職		個人番号	●●●●●●●●●●	
被保険者 (被害者)	住所	一関市 〇〇字△△ □番地□		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	氏名	※被害にあわれた方の氏名・生年月日 昭・平 年 月 日生		世帯主氏名 (続柄)	世帯主の氏名と 世帯主からみた続柄
被害の 状況	発生日時	平成 29 年 4 月 1 日 午前 午後 5 時 30 分			
	発生場所	※事故が発生した場所の住所等を記入してください			
	顛末 (説明)	※事故等の発生した状況等をできるだけ詳細に記入してください			
加害者	住所	〇〇市△△字□□ ◎番地◎		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	氏名	※相手方の氏名		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	〇〇〇〇病院		
		所在地	△△市□□字◎◎ ○番地○		
	初診年月日	平成 29 年 4 月 1 日			
	傷病名	※わかる範囲で記入してください			
	診療費等	療養費	円	その他	円

上記のとおり届出いたします。

平成 年 月 日

世帯主 住所

※世帯主の署名・押印

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		○ <u>受けた</u> ○ ・ 受けない	
	医療機関	名称	〇〇〇〇病院	
		所在地	△△市□□字◎◎ ○番地○ TEL ( )	
	支払方法	○ <u>健康保険</u> ○ 加害者負担・自費・その他 ( )		
	治療開始	平成 29 年 4 月 1 日		入院 ・ ○ <u>通院</u> ○
	転帰 (経過)	(平成 年 月 日 現在) ※届出の時点 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29年 4月 1日から約		5 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			