

傷病原因届出書

に 被 保 険 者 に 関 する 事 項 (被 害 者)	被保険者証 記号番号		垣国	被保険者氏名			世帯主との 続柄	
	被保険者 生年月日		年 月 日	被保険者 個人番号				
	事故発生 の年月日		年 月 日 午(前・後) 時 分頃				用 務 内 容	1. 私用 2. 商用 3. 社用 4. 公用 5. その他
	事故発生 場 所							
	事故発生の 具体的原因 とその状況							
				警察		警察署		
に 第 三 者 に 関 する 事 項 (加 害 者)	住 所		(TEL)					
	氏 名							
	勤 務 先	所在地 又は住所						
		名称 又は氏名		(TEL)				
自動車損害 賠償責任保険 (自賠償)		有・ 無	保険会社名			任 意 保 険	有 ・ 無	
			証明書番号				保 険 会 社	
示談状況		有・ 無	年 月 日	示談金の 内 訳				
医 師 に 関 する 事 項	傷 病 名				初診年月日	年 月 日		
	傷病の程度				診療見込期間			
	年 月 日		名 称		医 師 住 所		氏 名 印 (TEL)	
上記のとおり届けます。 年 月 日 住所 石垣市 世帯主 氏名 印 電話								
石垣市長 様								

記入例

様式第 5

国民健康保険

傷病原因届出書										
に被保険者(被害者)に関する事項	被保険者証記号番号	垣国 1 2 3 4 5	被保険者氏名	美崎 太郎		世帯主との続柄	本人			
	被保険者証生年月日	S58年1月14日		被保険者個人番号						
	事故発生の年月日	平成 2 8 年 1 0 月 1 0 日 午(前・後) 6 時 4 0 分頃				用務内容	<input checked="" type="radio"/> 1. 私用 2. 商用 3. 社用 4. 公用 5. その他			
	事故発生場所	美崎町 1 4 番地 市役所前交差点					警察	八重山 警察署		
事故発生の具体的原因とその状況	新栄町方面から交差点へ差し掛かり信号が青だったのでそのまま直進するが、対向車線を走ってきた車が右折してきて衝突した。 簡潔・明瞭に記入して下さい。									
に第三者(加害者)に関する事項	住所	石垣市字新川2020-1 (Tel 88-0000)			用務内容	<input checked="" type="radio"/> 1. 私用 2. 商用 3. 社用 4. 公用 5. その他				
	氏名	運転 荒								
	勤務先	所在地または住所 名称または氏名								
	自動車損害賠償責任保険(自賠責)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	保険会社名	大同火災海上保険	任意保険	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	損保ジャパン 保険会社			
	証明書番号	400 F 9098								
示談状況	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	平成 年 月 日	示談金の内訳							
医師に関する事項	傷病名	記入は無し 診療見込期間 平成 年 月 日 名称 医師住所 氏名 印 (Tel)			初診年月日	平成 年 月 日				
	傷病の程度									
	平成 年 月 日									
	平成 年 月 日									
上記のとおり届けます。 平成28年12月28日 住所 石垣市字登野城 3 0 0 2 番地 世帯主 氏名 美崎 太郎 電話 8 2 - 0 0 0 0 石垣市長 殿										

マイナンバーを記入

印鑑を押印して下さい。

