

第三者行為等調査票 (八千代市国民健康保険)

※記入漏れがないようにご記入願います。

被保険者証記号番号		21-		(フリガナ) 世帯主氏名				
世帯主住所 連絡先		八千代市 ☎ ()						
(フリガナ) 被保険者(被害者)氏名		生年月日		昭・平 年 月 日		世帯主との続柄		
被傷 保険者 (被害者) 状況	事故発生日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	事故発生場所							
	事故発生の原因とその状況						用務内容	1. 私用 2. 商用 3. 社用 4. 公用 5. その他
	傷病名とその状況							
	療養取り扱い医療機関の名称				住所			
診療の状況	初診年月日	平成 年 月 日		外来	通院中・治療		入院	入院中・治療
	国保適用の有無	有・無		労災保険の適用			有・無	
	入院年月日	年 月 日		～ 年 月 日		退院(予定)		
	診療費等見込							
加害者	加害者	住所		フリガナ 氏名		☎ ()		
	使用主又は自動車の保有者	所在地		名称				
	自動車損害賠償責任保険	保険契約	有・無		証明書番号			
		保険会社	所在地		名称			
		保険契約者	住所		氏名			
		保険期間	～		車種		番号	
任意保険の有無	保険会社の名称等	名称		所在地		担当者名		
				☎		無		
※ 調査取 り事項	1. 事故の区別	① 交通事故 (第三者・自損) ② 喧嘩 ③ その他						
	2. 事故の種別	① 運転中 ② 同乗中 ③ 歩行中 ④ その他						
	3. 特記事項	飲酒 (あり・なし) / 滞納 (あり・なし)						
※ 指示事項	書類提出	1. 被害届 2. 事故証明書 3. 事故発生状況報告書 4. 印鑑証明 5. 念書 6. 誓約書 7. 補助票 8. 自賠責・任意保険証券の写 9. その他 (申立書等)						
	指示事項	1. 高額療養費 (請求済・未請求)						

※ 印の欄は記入しないでください。

調査日 年 月 日

調査者名 _____