

		国保	退本	退被	後期	介護	保険者番号						
被 保 険 者		被保険者等 記号・番号						フリガナ 氏 名	大・昭・平・令 年 月 日生		世帯主 と の 続 柄		
第 三 者		住 所		〒				フリガナ 氏 名	大・昭・平・令 年 月 日生		TEL		
第 三 者 の 使 用 者		住 所		〒				フリガナ 氏 名	大・昭・平・令 年 月 日生		TEL		
負 傷 の 日 時		令和 年 月 日 午前 時 分頃 午後											
負 傷 の 場 所													
発 病 の 原 因 又 は 負 傷 時 の 状 況													
疾 病 又 は 負 傷 の 程 度								治ゆまで の 見 込	入 院 通 院 診 療 費 総 額		日 日 円		
		国保・後期・介護による診療				令和 年 月 日からしている。							
診 療 を 受 け た 保 険 医 療 機 関 名		当 初						転医後					
自 動 車 事 故 の 場 合 の 第 三 者 の 自 動 車 等		自賠責保険契約 会社（共済）名						証 明 書 番 号					
		契 約 者 住 所						契 約 者 氏 名					
		所 有 者 住 所						所 有 者 氏 名					
		車 両 番 号						車 台 番 号					
		任意（対人）保険 会社（共済）名						証 券 番 号					
		保 険 契 約 者 住 所						保 険 契 約 者 氏 名					
損 害 賠 償 に 関 す る 交 渉 の 経 過													
上記のとおりお届けします。													
令和 年 月 日													
住所													
様 氏名 印													
注 1. 発病の原因又は負傷時の状況はできるだけ詳細に記入してください。 2. 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に例えば○年○月○日見舞品をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は、示談書の写しを提出してください。 3. 自動車の轢き逃げ等で加害者が不明の場合はその旨を書いてください。 4. 後日調査の必要上関係者の電話番号等はできるだけ記入してください。 5. 自賠責保険関係・任意（対人）保険関係は自動車損害賠償責任保険（共済）証明書・自動車保険証券（自動車共済証書）から記入してください。													