

第三者行為等による被害届兼顛末書

保険者番号		1460		被保険者証番号		10-	
被保険者氏名	フリガナ			生年月日	大 昭 年 月 日		
	氏名				平 令		
	住所 (方書)	〒 相模原市 区			電話	()	
※国民健康保険に関するご連絡に 使います							
傷病の原因	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃					
	発生場所						
	相手方が いる場合	氏名			電話		
		住所					
	発生状況 (概要)						
運転免許 の有無		有・無	飲酒の有無	有・無	その他法令違反 の有無	有・無	
仕事中の 傷病	勤務先名			電話	()		
	所在地						
	労災保険 の有・無	労災 有 ・ 無 (無の場合その理由)					
診療状況	最初に 診療を受けた 医療機関名	医療機関名					
		初診日	年 月 日	電話	()		
	その後に 診療を受けた 医療機関名	医療機関名					
		初診日	年 月 日	電話	()		
年 月 日							
相模原市長 あて							
届出人 (世帯主)		〒 ー 住所 相模原市 区					
		氏名 _____					
問い合わせ先	相模原市役所国保年金課給付班 相模原市国民健康保険コールセンター 電話 042-707-8111			受付	国保年金課 区民課 まちづくりセンター		
	担当 :						
		使国 用年 欄課	入力1	入力2			