

# 第三者行為等による被害届兼顛末書

保険者番号		1 4 6 0		被保険者記号・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							
		〒 住所 相模原市 区					
		届出人 (世帯主)					
		氏名 <span style="float: right;">印</span>					
取扱い	相模原市役所国保年金課給付班 代表：042(754)1111 直通：042(769)8235			受付	国保年金課 区民課 まちづくりセンター 担当：		
			使用 保 欄 課		入力1	入力2	