

第三者行為による被害(傷病)状況報告書 (交通事故以外 傷害・犬咬等)

被保険者証 の記号番号		受傷者 の氏名	
受傷の日時			
場 所			
受傷の状況 (どのような にして受傷 したか具体 的に書いて 下さい。)	<div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; margin-bottom: 5px;"></div>		
治療した	医療機関名		期 間
相手者 の氏名			年 齢
相手者 の住所			
示談の状況			賠償保険の有無
			有 無

以上のとおり、届出します。
 年 月 日
 宮崎県医師国民健康保険組合理事長 殿

住 所 _____

氏 名 (世帯主) _____ (印)

交通事故以外の記載例

平成 年 月 日

第三者行為による被害(傷病)状況報告書 (交通事故以外 傷害・犬咬等)

被保険者証の記号番号	217-520	受傷者の氏名	国保 太郎	
受傷の日時	平成17年00月00日 午後0時00分ごろ			
場 所	宮崎市下原町00丁目00番地			
受傷の状況 (どのような にして受傷 したか具体 的に書いて 下さい。)	私は所用のため00さん宅を訪問したところ 突然00さんの飼った犬が飛びかかってきて大腿部と 足首を咬れました。 飼った犬の首輪は切れておりませんでした。			
治療した	医療機関名	000病院	期 間	平成17年00月00日から 平成17年00月00日まで
相手者の 氏名	山 田 太 郎		年 齢	00歳
相手者の 住所	宮崎市下原町00丁目00番地			
示談の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未済	示談日	年 月 日	賠償保険の有無
				有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

以上のとおり、届出します。
平成 年 月 日
殿

住 所 宮崎市下原町231番地1

氏 名 (世帯主) 国保 太郎 ㊟