

第三者行為傷病届

被害者 (被保険者)	被保険者証記号番号		群歯	—	(生年月日)		
	住所					年 月 日生	
	氏名					(医療保険)	
	電話					国 保	
加害者	住所						
	氏名			電話			
加害者の 使用主	住所						
	氏名			電話			
事故発生	日時	平成 年 月 日午前・午後 時 分頃 天候					
	場所						
	原因 及び 状況	別紙事故発生状況報告書のとおり					
負傷・傷 病の程度				治癒まで の見込み	全治 か月 日		
	初診	平成 年 月 日		日から保険診療を受けている。			
医療機関	名称			電話			
加害者	自賠責保険	会社名			電話		
		証明書番号					
	任意保険	会社名			電話		
		証券番号					
示談の有無	有・無	交渉の経過					
<p>国民健康保険法施行規則第 32 条の 4 の規程により上記のとおりお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>群馬県歯科医師国民健康保険組合理事長 様</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名 (印)</p> <p style="text-align: right;">電話</p>							

事故発生状況報告書

(注)

- ① () の事項は、おおよその数値を記載または該当するものを○印で囲んでください。
- ② 甲欄には、甲車の運転者氏名を記入してください。
- ③ 乙欄には、自賠責保険請求書に記載の“負傷または死亡された方の氏名”を記入してください。

甲	氏名		乙	氏名	運転同乗 (甲車、甲車以外の車) 歩行・その他 ()	
速度	甲車	km/h (制限速度	km/h)	甲車以外の車	km/h (制限速度	km/h)
道路状況	見通し (良い・悪い)	道路幅	甲車側 (m)	甲車以外の車側 (m)		
信号または標識	信号 (有・無)	一時停止標識 (有・無)	その他標識 ()			
事故発生状況を图示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。)					
	甲車					
	甲車以外の車					
	進行方向					
	信号					
	一時停止					
	一方通行					
	人					
	自転車					
	オートバイ					
上記図の説明を書いてください。						

別紙交通事故証明書に補足して、上記のとおり報告いたします。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 () 乙との関係 () 氏名 ㊟

委任状

(受任者) 群馬県前橋市大友町一丁目5番地17
群馬県歯科医師国民健康保険組合
理事長 村山利之

私は、上記の者を代理人と定め、国民健康保険法第64条第1項の規定により下記の権限を委任します。

平成 年 月 日に発生した自動車事故の被害者（群馬県歯科医師国民健康保険組合の被保険者） _____ が受けた損害に関し、自動車損害賠償保障法に基づく医療費の請求並びに受領に関する一切の権限。

平成 年 月 日

(委任者：被保険者)

住 所 _____

氏 名 _____ (印)