

第35号様式

第三者的行為による傷病届				受付	区号	年月日	
					市号	年月日	
(届出先) 年月日 横浜市長							
氏名 住所 世帯主 電話()							
次のとおり関係書類を添えて届け出ます。							
被保険者		被保険者証記号・番号	40	████████████████	資格区分	一般・ <input checked="" type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 扶養	
		氏名				年月日生	個人番号
第三者	相手方(本人)	住所	電話()	氏名	年月日生	職業	
	相手方の使用者(業務中の場合のみ記入)	住所又は所在地	電話()	氏名 又は名称 及び代表者 氏名		業種	
事故発生年月日及び場所		年月日〔場所:〕					
診療状況	国保による診療		年月日から	している していない	診療見込 期間	入院 通院	日 日
	診療を受けた保険医療機関名		当初		転移後		
自動車事故の相手方	自賠責保険契約会社名及び担当者氏名		電話()			証明書番号	第号
	契約者住所					契約者氏名	
	所有者住所					所有者氏名	
	登録番号又は車両番号					車台番号	
	任意保険(対人)の有無		〔保険会社名: 証券番号: 電話()〕			・無	
損害賠償に関する交渉の経過			一部負担金の支払状況				
			被保険者 第三者} が負担				

- (注意) 1 損害賠償に関する交渉の経過は、詳細に(例:〇月〇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)記入し、示談が成立したときは示談書の写しを提出してください。
- 2 自動車のひき逃げ等で加害者が不明の場合は、その旨を記入してください。
- 3 後日調査の必要がありますので、関係者の電話番号等は、できるだけ記入してください。
- 4 「」は、退職被保険者の略です。
- 5 印の欄は、記入しないでください。