

第35号様式

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届					受 付	区 号	年 月 日	
						市 号	年 月 日	
(届出先) 横浜市長					年 月 日			
					住 所 世 帯 主 氏 名 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・ 退 本人・ 退 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 動 車	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		有		〔 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：○月○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 「~~退~~」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。