

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							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・ <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 扶養
		氏名 (個人番号)	()			生年月日 年月日生	※識別 コード
第三者	相手方 (本人)	住所	電話 ()	氏名 生年月日	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		
手方自動車 自動車事故の相	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 } が負担 第三者 }	

- (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 「」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。