

第三者行為による保険給付申請書
(国 民 健 康 保 険)

第三者行為(○交通事故 ・ ○その他[])により負傷したため
国民健康保険で治療をしたいので申請いたします。

負傷したときの状況

日 時	平成・令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃					
場 所						
傷病の部位 及び状態						
被 害 者	住 所	愛川町			電 話	
	氏 名		性 別		生年月日	
	世帯主名		続 柄		保険証の記号番号	64-
加 害 者	住 所				電 話	
	氏 名		性 別		生年月日	
	世帯主名		続 柄		勤務先	
(入院・通院)先						
治療開始日	平成・令和 年 月 日 ()					
治療終了日	平成・令和 年 月 日 ()					
発 生 状 況						
過失割合	被害者		%	加害者	%	
求償先						

令和 年 月 日

愛川町長 殿

世帯主 住 所

氏 名

印

※ 治療が終わり次第連絡いたします。