別記様式第１５号（第１６条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 第三者行為による診療開始届 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 被害を受けた  被保険者氏名 | | | |  | | | | | | | | 世帯主との  続柄 | |  | | | |
| 事故発生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | 午前  午後　　時　　分頃 | | | | | |
| 事故発生の場所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 事故発生の原因とその状況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 加害者に関する事項 | | 加害者の住所氏名 | | | 電話番号  職業 | | | | | | | | | | | | |
| 使用者の住所氏名  (所在地の名称) | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 示談 | 有　・　無 | | | | 示談のあったとき | 合計金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | |
| 内訳 | 治療費 | 円 | | | 慰謝料 | | | 円 | |
| 年  月　　日 | | | | 入院費 | 円 | | | 休業障害補償 | | | 円 | |
| 看護料 | 円 | | | 見舞金 | | | 円 | |
| 移送料 | 円 | | | その他 | | | 円 | |
| 損害賠償免除の有無 | | | | | 有・無 | | 免除の理由 | |  | | | | | | |
| 自動車損害賠償責任保険 | | | | | 有・無 | | 保険会社名 | |  | | | 保険金受領 | 年　月　日  円 | | |
| 証書の記号番号 | |  | | |
| 診療関係 | 傷病名及び傷病の程度 | | | | |  | | | | | | 初診 | | | ・　　・ | | |
| 全治の見込期間 | | | 自　　・　・  至　　・　・ | | |
| 費用見込 | | | 円 | | |
| 国保診療 | | | 月　日からする。しない | | 無 |
| 入院外来の別 | | | 入院・外来 | | |
| 診察を受けた  医療機関 | | | | | 住所(所在地)　　　　　　　　　　　氏名(名称) | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届け出ます。  　　　　　　　年　　月　　日  住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　印  関市長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　添付書類

　　1　示談の成立しているときは、示談書の写しを添付すること。なお後日示談が成立したときは、すみやかに示談書の写しを提出すること。

　　2　警察署の発行する事故証明書を添付すること