

第三者の 共済 関係	保険会社(又は農協)		共済 保険 証明書番号		
	自 賠 責 保 険 共 済 保 険 契 約 者	住 所	電 話		
		フリガナ 氏 名	共 済 保 険 期 間		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
	相手者の自動車		車種	登録番号 車両番号	プレートナンバー 車台 番号
	任意保険(対人) の有無		有・無	契約保険会社 電話番号 () 証券番号 第 号	
		保険会社(共済) 農業協同組合		サービスセンター	

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度	治療終了日【 年 月 日】		
	医療機関の所在地・名称			
	診療の期間 (見込み期間)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した(平成 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	健康保険課	給付チーム	担当者() 電話(0942-30-9029)
-----	-------	-------	----------------------------