

第三者行為による傷病届

宛名番号

医療種別		国保一般 ( 割) 退職本人・家族 ( 割) 前期高齢者 ( 割) 後期高齢者 ( 割)												
証記号		証番号				個人番号								
被 保 険 者	氏 名	フリガナ				生年月日		大正・昭和 平成・令和		年 月 日				
						性別		男・女		年齢		歳		
	住 所	〒 — (電話) — —												
第 三 者 — ( 相 手 方 )	氏 名	フリガナ				生年月日		大正・昭和 平成・令和		年 月 日				
						性別		男・女		年齢		歳		
	住 所	〒 — (電話) — —												
	勤 務 先	(電話) — —												
	自 賠 責	有・無				保険		証明書番号						
		契 約 者	氏名		住所									
	任 意	有・無				保険		証券番号						
	車 検 証	所 有 者	氏名		住所									
		使 用 者	氏名		住所									
			車両番号 (ナンバープレート)				車台番号							
事 故 概 要	届 出 署					日	年 月 日		午前		時 分頃		午後	
	場 所													
	事 故 状 況													
診 療	病 院 名					初 診 日		年 月 日						
						国保診療開始日		年 月 日						
	薬 局 名					初 診 日		年 月 日						
						国保診療開始日		年 月 日						
						初 診 日		年 月 日						
				国保診療開始日		年 月 日								
上記のとおり届けます												住所		
年 月 日						世帯主		氏名				印		
市・町長 組合理事長 殿														