

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 時		年 月 日		午前 午後		時 分 頃					
	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	
		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	
		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													
年 月 日				住所		世帯主		氏名				印	
市・町長 殿				組合理事長									