

第三者行為による傷病届

被害者氏名 生年月日		明・大・昭・平 年 月 日生 電 話					
保険の種別		国保 ・ 退職（本人・家族） ・ 後期高齢者医療					
被保険者証の（記号）番号							
加 害 者	本 人	住 所 氏 名					
	使 用 者	住 所 名 称 代 表 者	電 話				
事 故 の 状 況	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	事故の原因 及び状況						
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度					＜治癒までの見込み＞	
	初 診 日 (保険の使用開始日)		平成 年 月 日 (平成 年 月 日 から)			入院	日
	通院					費用	円
	保険医療 機 関		住所	名称			
		住所	名称				
損 害 賠 償 関 係	示談等の交渉状況						
	保険会社名						
	自 賠 責 保 険	保険契約者	住所			氏名	
		保有者	住所			氏名	
		証明書番号					保険期間
	車種			車両番号 (登録番号)			車台番号
	任 意 保 険	[有・無] 保険会社	住所			名称	電 話
		保険証券の番号					保険期間

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

市 町 長
国保組合理事長 様
広域連合長

住 所
氏 名

印