

第三者行為による傷病届

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	世帯主との続柄		国保・退本・退家
	氏名			被保険者証記号番号
	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳			個人番号(マイナンバー)
	電話	携帯		
事故の 状況	発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
	発生場所			
	原因・状況			
診療 関係	傷病名	初診日	年 月 日	
		治癒までの見込み	入院日	通院日
	病院名	治療期間	～	
		治療期間	～	

相 手 方	フリガナ			電話(自)	
	氏名			(勤)	
				携帯	
	住所	保有者との関係	本人・従業員・その他親族()続柄	明・大・昭・平・令 年 月 日生	
		住所			
	車の保有者	名称			
		代表者	電話		
	示談状況				
	自賠責保険	保険会社名	電話		
		証明書番号			
保険契約者		住所氏名	電話		
任意保険	保険会社名	電話			
	証券番号	担当者			

(注) 被保険者が未成年の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

上記の通りお届けします。

令和 年 月 日 住所

保険者(市町村長 国保組合理事長) 殿 氏名

印