

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				被保険者記号番号	
		明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳					
		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） （勤） 携帯		
	氏 名				
	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	
	車の保有者	住所			
		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