

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者記号・番号			
被 保 険 者 <small>ふりがな</small> 氏 名			(生年月日)
			年 月 日
被 保 険 者 住 所	Tel		
発 生 日 時	年 月 日	午前/午後	時 分頃
発 生 場 所			
第 三 者 傷 害 の 区 分	けんか ・ 犬かまれ ・ その他 ()		
事故発生当時の状況			
第 三 者 (加 害 者) <small>ふりがな</small> 氏 名			(生年月日)
			年 月 日
第 三 者 (加 害 者) 住 所	Tel		
受 診 医 療 機 関 等 名	(治療開始日 年 月 日)		
示 談 の 状 況	成立した ・ 成立しない ・ 交渉中 (年 月 日現在)		
第 三 者 (加 害 者) 損 害 保 険 会 社	加 入 の 有 無	有 ・ 無	
	保 険 会 社 名		
	保 険 証 券 番 号		
上記のとおりお届けします。			
年 月 日			
氏 名			印
※署名又は記名押印			
市 ・ 町 長 様			
後期高齢者医療広域連合 長 様			
国保組合理事長 様			