

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		被保険者番号
	氏名			
	明・大・昭・平 年 月 日生 () 歳			
	電話	携帯		
事故の 状況	発生日時	平成 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 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		

上記の通りお届けします。

平成 年 月 日 住所
大分県後期高齢者医療広域連合長 殿 氏名

印