

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		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
	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						

上記の通りお届けします。

令和 年 月 日
大分県後期高齢者医療広域連合長 殿

住所
氏名

印