

## 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)	
	住所				携帯
		所有者との 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