

### 第三者行為による傷病届

被害者氏名												
生年月日		明・大・昭・平 年 月 日生 電話										
被保険者証の(記号)番号												
保険の種別		個人番号(12桁)										
国保												
退職者(本人・家族)												
後期高齢者医療												
加害者	本人	住所										
	使用者	住所 名称 代表者	電話									
事故の状況	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃										
	事故の原因 及び状況											
診療関係	傷病名及び 傷病の程度								〈治療までの見込み〉			
	初診日 (保険の使用開始日)		平成 年 月 日 (平成 年 月 日から)						入院 日 通院 日 費用 円			
	保険医療 機関	住所					名称					
		住所					名称					
損害賠償関係	示談等の交渉状況											
	保険会社名											
	自賠責 保険	保険契約者	住所					氏名				
		保有者	住所					氏名				
		証明書の番号						保険期間				
	車種		車両番号 (登録番号)					車台番号				
	任意 保険	[有・無] 保険会社	住所					名称	電話			
保険証券の番号						保険期間						

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

市 町 長  
国保組合理事長 様  
広域連合長

住 所  
氏 名

印