

様式第7号

第三者行為による傷病届

宛名番号

医療種別		国保一般 (割) 退職本人・家族 (割) 前期高齢者 (割) 後期高齢者 (割)		
証記号		証番号	個人番号	
被保険者	フリガナ	(生年月日)		
	氏名	明 大 昭 平 年 月 日生 歳 (性別) 男・女		
住所	(電話) - -			
第三者 (相手方)	フリガナ	(生年月日)		
	氏名	明 大 昭 平 年 月 日生 歳 (性別) 男・女		
	住所	(電話) - -		
	勤務先	(電話) - -		
	自賠責	有・無 保険		証明書番号
		契約者 氏名	住所	
任意	有・無 保険		証券番号	
車 検 証	所有者 氏名	住所		
	使用者 氏名	住所		
	車両番号 (ナンバー プレート)		車台番号	
事故概要	届出署	日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃	
	場所			
	事故状況			
診 療	病院名	初 診 日	年 月 日	
		国保診療開始日	年 月 日	
	薬局名	初 診 日	年 月 日	
		国保診療開始日	年 月 日	
		国保診療開始日	年 月 日	
上記のとおり届けます				
年 月 日		世帯主	住所 氏名	
市・町長 殿 組合理事長			印	