

第三者行為による傷病届

個人番号

医療種別		国保一般（割）		前期高齢者（割）		後期高齢者（割）		
記号		番号		受給者番号				
被 保 険 者	氏名	フリガナ		昭平 年 月 日生 歳				
	住所	〒		(電話) - -				
	氏名	フリガナ		勤務先		(電話) - -		
第 三 者 者 （ 相 手 方 ）	住所	〒		(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				
		ナンバープレート		車台番号				
事 故 概 要	届出署	日時	令和 年 月 日		午前 時 分頃			
	場所							
	事故状況							
診 療	病院名	初診日		令和 年 月 日				
		国保診療開始日		令和 年 月 日				
	薬局名	初診日		令和 年 月 日				
		国保診療開始日		令和 年 月 日				
		初診日		令和 年 月 日				
国保診療開始日		令和 年 月 日						
<p>上記のとおり届けます。 (宛先) 新居浜市長</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名</p>								