様式３号

第三者行為による傷病届

被害者氏名 生年月日			大・昭・平・令　　年　月　日生　　電　話				
保険の種別			国保　・　退職（本人・家族）　・　後期高齢者医療				
被保険者証の（記号）番号							
加害者	本人	住所					
		氏名					
	使用者	住所					
		名称					
		代表者	電　話				
事故の状況	発生日時		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			＜治癒までの見込み＞ 入院　日 通院　日 費用　円			
	初診日 (保険の使用開始日)		年　月　日 （　年　月　日から）				
	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						
	自賠責保険	保険会社名					
		保険契約者	住所		氏名		
		保有者	住所		氏名		
		証明書番号			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。

年　月　日

市　町　長
国保組合理事長　　様
広域連合長

住　所

氏　名　　印