

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

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			被保険者記号番号	
	明・大・昭・平・令 年 月 日生 () 歳				
	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
					明・大・昭・平・令 年 月 日生
	示談状況				
保険会社	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。

上記のとおりお届けします。

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