

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	昭・平・令 年 月 日生 歳 (性別) 男・女		
住所	〒	(電話) - -		
	フリガナ	(生年月日)		
第三者 (相手方)	氏名	大昭 平令 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	
任意	契約者	氏名	住所	
	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	
			初診日	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 印	
市・町長 殿 組合理事長				