

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	保険者番号		医療種別		後期高齢者医療（給付割合__割）				
	被保険者番号		個人番号						
	氏 名	フリガナ			生年月日	明治	年	月	日
		性別	大正	昭和					
住所	〒				男・女	年齢	歳		
				(電話)		-	-		
第 三 者  ( 相 手 方 )	氏 名	フリガナ			生年月日	大正	年	月	日
				性別		昭和			
	住所	〒				男・女	年齢	歳	
					(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	届出警察署		発生日時		年	月	日	午前	時
	場所				午後	分			
	事故状況								
診 療	病院名 薬局名			初診日	年	月	日		
				保険診療開始日	年	月	日		
				初診日	年	月	日		
				保険診療開始日	年	月	日		
				初診日	年	月	日		
				保険診療開始日	年	月	日		
上記のとおり届けます					住所				
年 月 日					届出者 (被保険者) 氏名				
愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様					印				