

交通事故以外

第三者行為による傷病届 (交通事故以外の原因による)

被 保 険 者	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)		
	保険者番号					証記号 (国保等)	証番号 (国保等)			
	被保険者番号 (後期高齢者)					個人番号 (マイナンバー)				
	氏 名	フリガナ					生年月日	大正・昭和		年 月 日
						平成・令和				
				性別	男・女	年齢	歳			
住 所	〒 -				(電話)		- -			
第 三 者 (相 手 方)	氏 名	フリガナ					生年月日	大正・昭和		年 月 日
						平成・令和				
					性別	男・女	年齢	歳		
	住 所	〒 -				(電話)		- -		
	勤務先					(電話)		- -		
賠償責任保険	無・有	保険			保険証券番号					
給 付 原 因 概 要	届出警察署	無・有	署	発生日時	年 月 日		午前	時 分		
	場 所									
	原因及び発生状況									
診 療	病院名				初 診 日	年 月 日				
					保険診療開始日	年 月 日				
	薬局名				初 診 日	年 月 日				
					保険診療開始日	年 月 日				
	治療状況	入院中 ・ 通院中 ・ 終了			終 了 日	年 月 日				
					終 了 事 由	治癒・症状固定・中止・その他				
<p>上記のとおり届けます</p> <p>年 月 日 住所</p> <p>市・町長 届出者 (被保険者)</p> <p>組合理事長 様 氏名</p> <p>愛媛県後期高齢者医療連合長 (印)</p>										