

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者記号・番号			
被 保 険 者 氏 名 <small>ふりがな</small>			(生年月日)
			年 月 日
被 保 険 者 住 所	TEL		
発 生 日 時	年 月 日	午前/午後	時 分頃
発 生 場 所			
第三者傷害の区分	けんか ・ 犬かまれ ・ その他 ()		
事故発生当時の状況			
第三者（加害者）氏名 <small>ふりがな</small>			(生年月日)
			年 月 日
第三者（加害者）住所	TEL		
受診医療機関等名	(治療開始日 年 月 日)		
示 談 の 状 況	成立した ・ 成立しない ・ 交渉中 (年 月 日現在)		
第三者（加害者） 損 害 保 険 会 社	加 入 の 有 無	有 ・ 無	
	保 険 会 社 名		
	保 険 証 券 番 号		
<p>上記のとおりお届けします。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">氏 名</p> <p style="margin-left: 100px;">市 ・ 町 長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">後期高齢者医療広域連合 様</p> <p style="margin-left: 100px;">国保組合理事長 様</p>			
			印 <small>※署名又は記名押印</small>