

様式第7号

第三者行為による傷病届

宛名番号

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)		
	証記号	証番号	個人番号	
	氏 名	フリガナ	(生年月日) 大 昭 平 令 年 月 日 生 歳	
		住所	(電話) - -	
第 三 者 (相 手 方)	氏 名	フリガナ	(生年月日) 明 大 昭 平 年 月 日 生 歳	
		住所	(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	
		国保診療開始日	年 月 日	
上記のとおり届けます				
令和 年 月 日	住所	世帯主	氏名	
市・町長 殿				
組合理事長				