

(様式4号)

第三者行為による傷病届

		フリガナ		世帯主		国 退 後高			
被 保 険 者 (被 害 者)		氏 名		との続柄		被保険者証記号番号			
		明・大・昭・平		年 月 日生 (歳)		後期高齢者被保険者番号			
第 三 者	本 人	住 所		電 話					
		フリガナ 氏 名				年 月 日生			
	使 用 者	住 所 名 称 代表者名		電 話					
事 故 の 状 況	発 生 日 時		平成 年 月 日		午前 午後		時 分頃		
	発 生 場 所								
	原 因 ・ 状 況								
診 療 関 係	傷 病 名				初 診 日		年 月 日		
					国保(後高)開始日		年 月 日		
	治 癒 まで の 見 込 み		入 院 日		通 院 日		費 用 円		
保 険 医 療 機 関		住 所 名 称		電 話					
損 害 賠 償 関 係	示 談 等 の 交 渉 状 況								
	自 賠 責 保 険	保 険 会 社 名		電 話		担 当 者			
		契 約 者 名				証 明 書 番 号			
		保 有 者	住 所						
	氏 名								
	任 意 保 険	保 険 会 社		住 所 名 称		電 話			
		証 券 番 号		保 険 期 間		担 当 者			

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

住所

電話

様

氏名

®

(注) 太枠は必ずご記入ください。

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。