

第三者行為による傷病届

		保険者番号		3	9	2	8				
被保険者	フリガナ			被保険者証							
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日生		公費負担者			2	8			
				受給者							
第三者	本人	フリガナ			住所	〒					
	氏名	(男・女) 明・大・昭・平 年 月 日生		電話							
	使用者	住所名称	〒		電話						
		代表者名			電話						
事故の状況	発生日時	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				
	治癒まで					後期高齢開始日	年 月 日				
	の見込み	入院	日	通院	日	費用	円				
	医療機関	住所名称				医療機関コード					
住所名称					受診科		電話				
損害	示談等の交渉状況										
	賠償関係(第三者)	自賠責保険	保険会社名			電話				担当者	
任意保険		契約者名				証明書番号					
		保有者	住所								
任意保険		(有・無)	住所			契約者との関係			第三者との関係		
	名称					電話					
	証券番号			保険期間				担当者			

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により上記のとおりお届けします。

年 月 日

被保険者 住所 _____

(届出者) 氏名 _____

電話番号 _____