

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		公費負担者										
			受給者										
		明・大・昭・平 年 月 日生											
第三者	本人	フリガナ	住 所 〒										
		氏名 (男・女)											
	住所	〒											
使用	住所												
者	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	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						
医療関係	医療機関	住所								医療機関コード			
		名称								受診科			
	医療機関	住所								医療機関コード			
		名称								受診科			
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										
	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 _____