

第三者行為による傷病届 【記入方法（例）】

		保険者番号		3	9	2	8						
被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ		被保険者証		0	1	2	3	4	5	6	7
	氏名	広域 太郎		公費負担者				2	8				
		明・大・昭・平 20年8月10日生		受給者									
第三者	本	フリガナ	ヒョウゴ イチロウ		住所	〒 ●●●●-●●●●							
	人	氏名	兵庫 一郎 (男・女)			神戸市灘区□□□-□□							
			明・大・昭・平 30年9月30日生			電話		078-△△△-△△△△					
使用者	住所名称	〒 (※ 第三者に使用者がいる事故の場合にご記入ください。)											
		代表者名		電話									
事故の状況	発生日時	令和5年 1月 20日 午前・午後 3時 30分頃											
	発生場所	神戸市中央区三宮町1丁目0-00											
	原因・状況	青信号の横断歩道を歩いて横断中、信号無視で直進してきた第三者運転の車と接触した。											
診療関係	傷病名							初診日	令和5年 1月 20日				
	治療の見込み	入院 65 日		通院 未定 日		費用		円					
	医療機関	住所名称	神戸市中央区△△△ ○○中央病院			医療機関コード							
	住所名称	神戸市灘区●●●● □□整形外科			医療機関コード								
損害賠償関係	示談等の交渉状況	治療終了後に示談を行う予定。											
任意保険	自賠責保険	保険会社名	(株) ○○損害保険		電話	078-◇◇◇◇-◇◇◇◇		担当者	▲▲				
		契約者名	兵庫 一郎		証明書番号	ABC-000							
		保有者	住所	神戸市灘区□□□-□□									
		氏名	兵庫 一郎		契約者との関係	本人		第三者との関係	本人				
	任意保険	保険会社	神戸市中央区●●●●										
		名称	△△△自動車保険(株)			電話	078-■ ■ ■ ■-■ ■ ■ ■ ■						
		証券番号	EFG-◇◇◇◇		保険期間	R4.O.O~R5.▲.▲		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。

令和5年 4月 1日

被保険者 住所 神戸市中央区三宮町1-9-1-1201

(届出者) 氏名 広域 太郎

電話番号 078-326-2023

※ この書類の記入日