

# 第三者行為による傷病届

被 保 険 者	フリガナ		保険者番号		3	9	2	8					
	氏名		被保険者証										
	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)	所										
	明・大・昭・平 年 月 日生		電話										
事 故 の 状 況	使用 者	住所 名称	〒										
	代表者名		電話										
	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃											
診 療 関 係	傷病名									初診日	年 月 日		
	治癒まで の見込み									後期高齢開始日	年 月 日		
	入院	日	通院	日	費用	円							
損 害 賠 償 関 係 ( 第 三 者 )	医 療 機 関	住所 名称						医療機関コード					
								受診科	電話				
	自 賠 責 保 険	住所 名称						医療機関コード					
								受診科	電話				
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						契約者との関係					
	任 意 保 険	保険会社 (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

氏名

印

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

※ 被保険者の記名押印は署名でも差し支えありません。