

第三者行為による傷病届（交通事故以外の場合）

被保険者 (医療受給者)	フリガナ	世帯主との続柄		国保・退本・退家	
	氏名			被保険者証記号番号	
	明・大・昭・平 年 月 日生 () 歳			個人番号（マイナンバー）	
	電話	携帯			
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		
		治癒までの見込み	入院日	通院日	
	病院名	治療期間	～		
		治療期間	～		

相 手 方	フリガナ			電話（自）	
	氏名			（勤）	
	住所				携帯
		明・大・昭・平 年 月 日生			
	示談状況				
保険会社	保険会社名			電話	
	証券番号			担当者	

（注）被保険者が未成年の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日 住所

保険者（市町村長 国保組合理事長） 殿 氏名

印