

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	氏名			電話番号			
	生年月日	明・大・昭		年	月	日生 (歳)	
	被保険者番号						
	個人番号						
	事故発生日	年	月	日	午前・午後	時 分頃	
	事故場所						
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ~ ・ ・	転 帰 欄	治ゆ・継続・()
					・ ・ ~ ・ ・		治ゆ・継続・()
					・ ・ ~ ・ ・		治ゆ・継続・()
	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()					
相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ()						

相 手 方	氏名				年齢	歳
	住所	電話番号				
	勤務先	電話番号				
	保 険 約 者	氏名				
		住所	電話番号			
	保有者との関係	本人・従業員・親族 (続柄) ・その他				
	自動車	車両番号 (ナンバープレート)				
	自賠責保険	会社名			証明書番号	
任意保険	会社名			担当者名		

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

住所

氏名

印