

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 者 契 約 者		氏名									
			住所									
	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