

## 第三者行為による傷病届

1 交 通 事 故		2 交 通 事 故 以 外		国保・退職（本人・家族）・後期・介護			
被 害 者	フリガナ			世帯主と の続柄	被 保 険 者 証 記 号 番 号		
	氏 名				後 期 高 齢 者 被 保 険 者 番 号		
	年 月 日 生 ( ) 歳						
※ 個人番号							
第 三 者	本 人	住 所				電 話	
		氏 名				年 月 日 生	
	使 用 者	住 所 名 称 代 表 者 名	電 話				
事 故 の 状 況	発 生 日 時		年 月 日	午前・午後	時 分	頃	
	発 生 場 所						
	事 故 の 原 因 及 び 状 況						
診 療 関 係	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度				初 診 日	年 月 日	
					国保（後期）開始日	年 月 日	
	治癒までの見込み		入院	日・通院	日・費用額	円	
	保 険 医 療 機 関 名	住 所 名 称	電 話				
サ ー ビ ス 関 係	要 介 護 状 態				介 護 保 険 サ ー ビ ス 提 供 開 始 日		
					年 月 日		
	介 護 サ ー ビ ス 事 業 者 名		住 所 名 称	電 話			
第 三 者 保 険 関 係	示 談 等 の 交 渉 状 況		成 立 し た ・ 成 立 し て い な い ・ 交 渉 中 ( 年 月 日 現 在 )				
	自 賠 責 保 険	保 険 会 社 名		電 話		担 当 者 名	
		契 約 者 名		証 明 書 番 号			
	保 有 者	住 所					
		氏 名					
	任 意 保 険	保 険 会 社		住 所			
		名 称		電 話			
	証 券 番 号		担 当 者 名				
	個 人 賠 償 保 険 等	保 険 会 社 名		電 話		担 当 者 名	
		契 約 者 名		証 明 書 番 号			
保 有 者		住 所					
	氏 名						

※ 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

田 辺 市 長 \_\_\_\_\_ 様

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。