

第三者行為による傷病届(交通事故以外)

被 保 険 者	被保険者証の 記号番号等		02-		氏 名			保 険 制 度	国民健康保険		介護保険		
	個人番号					年 月 日生			後期高齢者医療				
事 故 の 状 況	発生日時 年 月 日 午前 午後 時 分頃												
	発生場所												
	事故原因及び状況												
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度						初 診	年 月 日					
							治ゆまで の見込み	入院 日 通院 日 費用 円					
	保険医療機関等		住 所					名 称	電話 ()				
			住 所					名 称	電話 ()				
相 手 方 に 関 す る 事 項	本 人	住 所					氏 名	年 月 日生 電話 ()					
	使 用 者	住 所					名 称		代表者	電話 ()			
	任 意 保 険	加入の有無		有 ・ 無									
		保険会社等	名 称					電話 ()					
		保険契約者	住 所					氏 名					
		保険証券の番号						保険期間		年 月 日			
	年 月 日												
示 談 等 の 交 渉 状 況													

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

保 険 者 名：浜田市
保険者代表者名：浜田市長 久保田 章市 様

