

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・令 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	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・令 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。

令和 年 月 日 住所

保険者（市町村長 国保組合理事長） 殿 氏名

印