

様式第7号

第三者行為による傷病届

宛名番号

| | | | |
|-----------------|------------------|--|------------------|
| 医療種別 | | 国保一般 (割) 退職本人・家族 (割) 前期高齢者 (割) 後期高齢者 (割) | |
| 証記号 | | 証番号 | 個人番号 |
| 被保険者 | フリガナ | (生年月日) | |
| | 氏名 | 年 月 日生 歳 (性別) 男・女 | |
| 住所 | 〒 | (電話) - - | |
| | フリガナ | (生年月日) | |
| 第三者 (相手方) | 氏名 | 年 月 日生 歳 (性別) 男・女 | |
| | 住所 | (電話) - - | |
| 任意 | 勤務先 | (電話) - - | |
| | 自賠責 | 有・無 保険 | 証明書番号 |
| 車検証 | 契約者 | 氏名 | 住所 |
| | 所有者 | 氏名 | 住所 |
| 車検証 | 使用者 | 氏名 | 住所 |
| | 車両番号 (ナンバープレート) | | 車台番号 |
| 事故概要 | 届出署 | 日時 | 年 月 日 午前 午後 時 分頃 |
| | 場所 | | |
| | 事故状況 | | |
| 診療 | 病院名 | 初 診 日 | 年 月 日 |
| | | 国保診療開始日 | 年 月 日 |
| | 薬局名 | 初 診 日 | 年 月 日 |
| | | 国保診療開始日 | 年 月 日 |
| | | 国保診療開始日 | 年 月 日 |
| 上記のとおり届けます | | | |
| 年 月 日 | | 世帯主 | 住所 氏名 印 |
| 市・町長 殿 組合理事長 | | | |