

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		
		氏名		の続柄		
		年 月 日生( )歳		被保険者証記号番号		
				後期高齢者被保険者番号		
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	
	治療までの見込み	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	任意保険	住所 名称	電話		
		証券番号			担当者名	
	個人賠償保険等	個人賠償保険等	住所 氏名			
		個人賠償保険等	住所 氏名			
		個人賠償保険等	住所 氏名			
		個人賠償保険等	住所 氏名			

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟