

第三者行為による傷病届

被害者		フリガナ		国保・退職（本人・家族）・後期・介護		
		氏名		世帯主との続柄	被保険者証記号番号	
		年 月 日生（ ）歳			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
サービス関係	要介護状態		介護保険サービス提供開始日			
	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		
	任意保険	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			

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿

※ 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。