

第三者行為による傷病届

個人番号

被 保 険 者	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		受給者番号		
	氏名	フリガナ		昭平 年 月 日生 男・女 歳			
第 三 者  (相 手 方)	住所	〒	—	(電話) — —			
	氏名	フリガナ		勤務先		(電話) — —	
	住所	〒	—	(電話) — —			
自 賠 責  (相 手 方)	任意	有・無		保険	証券番号		
	任意	有・無		保険	証券番号		
	車検証	所有者	氏名	住所			
事 故 概 要	届出署		日時	令和 年 月 日	午前 時 分頃	午後 時 分頃	
	場所						
	事故状況						
診 療	病院名	初診日	令和 年 月 日	初診日	令和 年 月 日		
		国保診療開始日	令和 年 月 日	国保診療開始日	令和 年 月 日		
	薬局名	初診日	令和 年 月 日	初診日	令和 年 月 日		
		国保診療開始日	令和 年 月 日	国保診療開始日	令和 年 月 日		
	上記のとおり届けます。 (宛先) 新居浜市長						
	令和 年 月 日	住所	世帯主	氏名			