

(様式4号)

第三者行為による傷病届

			国	退	後高
被 保 険 者 (被 害 者)		フリガナ	世 帯 主 との 続 柄		被 保 険 者 証 記 号 番 号
		氏 名			後 期 高 齢 者 被 保 険 者 番 号
		年 月 日 生 (歳)			
第 三 者	本 人	住 所	電 話		
		フリガナ 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				
	原 因 ・ 状 況				
診 療 関 係	傷 病 名			初 診 日	年 月 日
				国 保 (後 高) 開 始 日	年 月 日
	治 癒 ま だ の 見 込 み	入 院 日	通 院 日	費 用	円
	保 険 医 療 機 関	住 所 名 称	電 話		
損 害 賠 償 関 係	示 談 等 の 交 渉 状 況				
	自 賠 責 保 険	保 険 会 社 名	電 話	担 当 者	
		契 約 者 名	証 明 書 番 号		
	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	保 険 期 間	担 当 者		

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所

電話

様

氏名

㊞

(注) 太枠は必ずご記入ください。

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届け出てください。