

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	明 大 昭 平 令 年 月 日 生 歳 (性別) 男・女	
住所	(電話) - -		
第三者 (相手方)	フリガナ	(生年月日)	
	氏名	明 大 昭 平 令 年 月 日 生 歳 (性別) 男・女	
	住所	(電話) - -	
	勤務先	(電話) - -	
自賠責	有・無 保険		証明書番号
	契約者 氏名	住所	
任意	有・無 保険		証券番号
車検証	所有者 氏名	住所	
	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			
令和 年 月 日	住所	世帯主	氏名
八幡浜市長 殿			Ⓜ