

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)					
被 保 険 者	証記号	証番号		個人番号			
	氏 名	フリガナ				生年月日	年 月 日
		性別	男・女	年齢	歳		
	住 所	〒 — (電話) — —					
第 三 者  ( 相 手 方 )	氏 名	フリガナ				生年月日	年 月 日
		性別	男・女	年齢	歳		
	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			
初 診 日		年 月 日					
国保診療開始日		年 月 日					
上記のとおり届け出ます。							
年 月 日				住所 世帯主 氏名			
松前町長 様							