

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				
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								