

第三者行為による傷病届

		フリガナ コクホ ハナコ		世帯主との続柄 国保 ・退職（本人・家族）・後期・介護		
被害者		氏名 国保 花子		被保険者証記号番号 和4 〇〇〇〇〇〇		
		〇〇年 〇〇月 〇〇日生（〇〇）歳		後期高齢者被保険者番号		
※ 個人番号		〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇				
第三者	本人	住所	〇〇市〇〇町〇〇		電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
		氏名	有田 太郎		〇〇年 〇〇月 〇〇日生	
	使用者	住所名称代表者名	電話			
事故の状況	発生日時	〇〇年 12月 23日 午前・午後 10時 40分頃				
	発生場所	〇〇市〇〇町〇〇				
	事故の原因及び状況	一時停止後、発進し、右側から来た車に衝突されて、頭部及び腰部を負傷した。				
診療関係	傷病名及び傷病の程度	頭部打撲 腰部挫傷		初診日	〇〇年12月23日	
				国保（後期）開始日	〇〇年12月23日	
	治療関係	治療機関名	住所名称	入院日・通院日・費用額 円		
サービス関係	要介護状態			介護保険サービス提供開始日 年 月 日		
	介護サービス事業者名	住所名称	電話			
	示談等の交渉状況	成立した・ 成立していない ・交渉中（ 年 月 日現在）				
第三者保険関係	自賠責保険	保険会社名	〇〇海上火災保険 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇〇		担当者名 〇〇〇〇	
		契約者名	有田 太郎		証明書番号 〇〇〇〇〇〇〇〇	
	任意保険	保有者	住所	〇〇市〇〇町〇〇		
			氏名	有田 太郎		
	証券番号	任意保険	保険会社	住所名称	電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇〇	
証券番号			〇〇〇〇〇〇〇〇		担当者名 〇〇〇〇	

※ 後期高齢者被保険者は個人番号を記入する必要はありません。

上記のとおりお届けします。

〇〇年12月26日

住所 有田市〇〇町〇〇

有田市長

氏名 国保 花子



印

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿

被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届けてください。