

# 第三者行為による傷病届

(様式第3号)

被保険者	フリガナ		世帯主との続柄	保険者番号 (国保・退職)	2	8					
	氏名	(男・女)		被保険者証番号							
	住所	明・大・昭・平 年 月 日生 年齢( )		*公費負担者番号	2	8					
第三者	フリガナ			受給者番号							
	氏名	(男・女)	住所	保険者(介護)番号	2	8					
	住所	明・大・昭・平 年 月 日生 年齢( )	電話								
事故の状況	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	発生場所										
	事故状況の説明										
診療の状況	傷病名					初診日	平成	年	月	日	
						国保等給付開始日	平成	年	月	日	
						介護保険給付開始日	平成	年	月	日	
	治療までの見込み	入院 日 通院 日 費用 円									
損害賠償関係(第三者)	示談等の交渉状況										
	自賠責保険	保険会社名				電話					
		契約者名	住所	保険期間	証明書番号	車体番号					
		保有者	住所	氏名	契約者との関係	第三者との関係					
	任意保険	保険契約(有・無)	保険会社名	会社	本・支店	電話					
		契約者名									
		証券番号	保険期間	担当者							
	他保険										

\*印欄は、福祉医療の負担者番号を記入

国民健康保険法施行規則第32条の6の規定により上記のとおりお届けします。

※医療機関コードは、記入の必要はありません。

平成 年 月 日 世帯主 住所

(被保険者)

市・町長  
組合理事長

様

氏名

