

様式第4号

第三者行為による傷病届

1 交通事故		2 交通事故以外		国保・退職（本人・家族）・後期・介護		
被害者	フリガナ		世帯主との続柄		被保険者証記号番号	
	氏名				後期高齢者被保険者番号	
	年 月 日生（ ）歳					
※ 個人番号						
第三者	本人	住所	電話			
		氏名	年 月 日生			
	使用者	住所 名称 代表者名	電話			
事故の状況	発生日時	年 月 日		午前・午後	時 分頃	
	発生場所					
	事故の原因及び状況					
診療関係	傷病名及び傷病の程度			初診日	年 月 日	
				国保（後期）開始日	年 月 日	
	治癒までの見込み	入院	日・通院	日・費用額	円	
	保険医療機関名	住所 名称	電話			
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			
第三者 保 険 関 係	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）			
	自賠責 保 険	保険会社名	電話		担当者名	
		契約者名	証明書番号			
		保有者	住所			
	氏名					
	任意 保 険	保険会社	住所			
			名称	電話		
		証券番号	担当者名			
	個人 賠 償 保 険 等	個人賠償 保 険 等	保険会社名	電話		担当者名
			契約者名	証明書番号		
保有者		住所				
		氏名				

※ 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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

(市町村長・組合理事長・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。