

様式第8号(第19条関係)

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	個 人 番 号					
	氏 名				電 話	
	生年月日	年 月 日生 (歳)				
	被保険者証(医療受給者)		記号・番号			
	事故発生日	年 月 日 午前 ・ 午後 時 分				
	事 故 場 所					
	病 院 名			診 療 期 間	・ ・ ~ ・ ・	転 治癒・継続・()
					・ ・ ~ ・ ・	帰 治癒・継続・()
					・ ・ ~ ・ ・	欄 治癒・継続・()
	被 保 険 者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()				
相 手 方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()					

相 手 方	氏 名				年 齢	歳	
	住 所					電 話	
	勤 務 先						電 話
	保 険 契 約 者	氏 名					
		住 所					電 話
	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄)・その他					
	自 動 車	車 両 番 号					
	自 賠 責 保 険	会 社 名			証 明 書 番 号		
任 意 保 険	会 社 名			担 当 者 名			

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所

世帯主 氏 名

伊佐市長 様

1点確認	個人番号カード・免許証・パスポート・その他 ()	確 認 者	印
2点確認	健康保険証・年金手帳・年金証書・その他 ()		