

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 帰 欄 | 治癒・継続・() | |
| | | | | | | | ・ ・ ~ ・ ・ | 治癒・継続・() |
| | | | | | | | ・ ・ ~ ・ ・ | 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 | ㊟ |
| 2点確認 | 健康保険証・年金手帳・年金証書・その他 () | | |