

平成 年 月 日

各市町村(医師国保組合)あて

殿

世帯主 住所

氏名 印

連絡先

第三者行為による傷病等原因届出書

被保険者証記号・番号	国保 ・ 後期高齢					
被保険者名 (被害者)	フリガナ		生年月日		年	月 日
	氏名		性別	男・女	職業	
負傷原因 (1~4の該当するものに○)	1 交通事故 (自損事故以外)					
	2 交通事故 (自損事故)					
	3 傷害 (他人にケガを負わされた)					
	4 工作中的事故 (勤務先) 名称					
	(勤務先電話)			住所		
事故発生年月日	平成	年	月	日	午前 ・ 午後	時 分頃
発生場所						
事故原因と状況						
警察署への届出	届出済・未届		届出所轄署		警察署	
加害者 (第三者)	住所				電話	
	氏名		性別	男・女	職業	
	車両番号				所有者	
	自賠責保険	保険株式会社・農協組合				
		証明書番号				
	任意保険	保険株式会社・農協組合				
証券番号						