

受付印

第三者行為による傷病届(傷害)

被保険者等	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳			
	氏 名								性 別	男・女	世帯主 との続柄		
	住 所												
	保険者番号	3	9	2	0				被保険者 番号				
	傷病名及び 傷病の程度								治療の見込	入院 日 通院			
										費用			
	保険医療 機関等名								治療等期間	終了 年 月			
～													
相手方(第三者)・賠償責任保険	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳			
	加 害 者								性 別	男・女	職 業		
	住 所												
	連絡先(勤務先)	() —							電話(自宅)	() —			
	連絡先(勤務先)	() —							電話(携帯)	() —			
	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳			
	保護責任者 使用者								性 別	男・女	職 業		
	住 所												
	連絡先(勤務先)	() —							電話(携帯)	() —			
	加害者との関係												
保険有無 証券番号	有・無	第		号	電話番号	() —							
賠償責任保険 会社名													
支店サービス センター								担 当 者					
受傷の 状況	受傷日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃											
	受傷場所												
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい)												
警察への届出		届済 / 未届 (いずれかに○印)											
保健所への届出		届済 / 未届 (いずれかに○印)											
示談の状況		有 / 無 (いずれかに○印)											
上記のとおりお届けします。 年 月 日 被保険者 住 所 電 話 () — 長野県後期高齢者医療広域連合長 あて 氏 名 (印)													

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書、事故発送状況報告書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。