

第三者行為による傷病届 (介護)

被 保 険 者	種別	1号被保険者 ・ 2号被保険者										
	保険者番号	382010			被保険者番号							
	氏名	フリガナ				明 大 昭 平						
	住所	〒	-									
第 三 者 者 ( 相 手 方 )	氏名	フリガナ				明 大 昭 平	勤務先					
	住所	〒	-									
	自賠責	有・無			契約者	氏名	住所					
	任意	有・無			契約者	氏名	住所					
	車 検 証	所有者	氏名				住所					
		使用者	氏名				住所					
		ナンバープレート				車台番号						
	事 故 概 要	届出署		日	年 月 日			午前	時	分頃		
		場所										
		事故状況										
サ ー ビ ス	事業所名				初 診 日	年 月 日						
					介護給付開始日	年 月 日						
					初 診 日	年 月 日						
					介護給付開始日	年 月 日						
					初 診 日	年 月 日						
					介護給付開始日	年 月 日						
上記のとおり届けます												
年 月 日				住所								
(あて先) 松山市長				氏名				印				