

様式第 7 号

第三者行為による傷病届										宛名番号												
被保険者	医療種別		国保一般（ 割）退職本人・家族（ 割）前期高齢者（ 割）																			
	証記号		松国保		証番号						個人番号											
	氏名	フリガナ										(生年月日)										
		大 昭 平 令 年 月 日 生 歳																				
住所	〒 (電話) — —																					
第 三 者（相手方）	氏名	フリガナ										(生年月日)										
		大 昭 平 令 年 月 日 生 歳																				
	住所	〒 — (電話) — —																				
	勤務先		(電話) — —																			
	自賠責	有・無 保険										証明書番号										
		契約者	氏名							住所												
	任意	有・無 保険										証券番号										
	車検証	所有者	氏名							住所												
		使用者	氏名							住所												
		車両番号〔 ナンバープレート〕								車台番号												
事故概要	届出署					日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃															
	場所																					
	事故状況																					
診 療	病院名									初 診 日		年 月 日										
										国保診療開始日		年 月 日										
	薬局名									初 診 日		年 月 日										
										国保診療開始日		年 月 日										
										初 診 日		年 月 日										
								国保診療開始日		年 月 日												
上記のとおり届けます																						
年 月 日 市・町長 殿 組合理事長										住所 世帯主 氏名												