

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 に 関 す る 事 項	被保険者 氏 名		明・大・昭・平 年 月 日生(男・女)		保 險 種 別	国保・退職・後期高齢者・介護		
					被保険者番号			
					個 人 番 号			
	住 所	静岡県				電 話		
	人身傷害保険(補償) 加入の有無		有・無	保険会社名		担当者		
				支 店 名		電 話		
	医療機関名 介護事業所名							
保 險 診 療 介護サービス 開 始 日	令和 年 月 日 (入院 通院)		令和 年 月 日 (入院 通院)		令和 年 月 日 (入院 通院)			
治療費等支払者	被保険者・相手方・損保会社・使用者		被保険者・相手方・損保会社・使用者		被保険者・相手方・損保会社・使用者			
事 故 状 況	事故発生日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	事故発生場所							
相 手 方 に 関 す る 事 項	住所					氏 名		
						電 話		
	相手方の使用者 (相手方が従業中の時)		住 所				電話	
			名称・代表者名					
	保 険 ( 共 済 ) 関 係			自賠償保険(共済)		任意保険(共済)		
		保 険 ( 共 済 ) 契 約 者	住 所					
			氏 名					
		保 険 ( 共 済 ) 会 社						
契 約 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
保 険 ( 共 済 ) 証 明 書 番 号								
任意保険(共済)関係	支店名			担当者			電話	

上記のとおりお届けします。

届出人(○で囲む) 被害者側・加害者側・保険代理人

令和 年 月 日

静岡県歯科医師国民健康保険組合理事長 様

氏名 \_\_\_\_\_ 印

※保険種別が国保・退職の場合は個人番号を記載してください。

※お願い＝交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。