

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	保 險 種 別		国保			
		被 保 険 者 番 号					
		明・大・昭・平 年 月 日生(男・女)		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 険 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 責 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		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 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

※お願い=交通事故証明書 (原本又は、写) を添付してください。