

第三者の行為による傷病届

被 保 険 者 名 (けがをした人)	フリガナ		被保険者証番号	
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	性 別	男 ・ 女	職 業	
事故発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃			
発 生 場 所				
事 故 又 は 負傷時の状況				
治 療 の 状 況	医療機関名		現在治療中・治療完了(年 月)	
警 察 届	届出済(人身事故・物損事故)・未 届		届出署	警察署

第三者(相手方)に関する事項

相 手 方	住 所			
	氏 名		男・女	年 齡 歳
	電 話		職 業	
自 賠 責 保 険	契 約 先			
	証 明 書 番 号			
任 意 保 険	有 ・ 無			
	契 約 先			
	証 券 番 号			

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条、第53条及び第71条の規定により、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所 _____
 氏 名 _____
 電 話 _____
 届出人 _____

沖縄県後期高齢者医療広域連合長 様