

第三者行為による傷病届

被害者に関すること		被保険者 記号・番号	氏名		年 月 日	
			生 年 月 日		年 月 日	
加害者に関する こと	氏名			左の 使用主	名称	
	住所	電話 ()			所在地	電話 ()
	職業				代表者	
	加害者が不明 のときその理 由及び状況					
事故の 状況	発 生 年 月 日	年 月 日 時 分 頃				
	発 生 場 所					
	原因とその状況					
被害の 状況	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度	初 診 日		年 月 日		
		国 保 診 療		年 月 日から 年 月 日まで		
		診 療 見 込 期 間		日 間 月		
診療を受けている 病院名	所在地 名 称 電話 ()					
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名 電話 ()</p> <p>東京都台東区長 殿</p>						