

保険者受付印

第三者行為(加害者不明・自損・その他)による傷病届

被保険者記号番号			
被害者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 生まれ	
事故の状況	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃	
	発生場所		
	事故状況		
診療関係	1	医療機関名	
		初 診 日	年 月 日
		保険使用開始日	年 月 日
	2	医療機関名	
		初 診 日	年 月 日
		保険使用開始日	年 月 日
	3	医療機関名	
		初 診 日	年 月 日
		保険使用開始日	年 月 日
	治癒までの見込み		年 月 日
	示談成立状況		1. 成立 ( 年 月 日) 2. 未成立

印

上記のとおり届け出ます。

年 月 日

吹田市長あて

住 所

(世帯主)

氏 名

印

電話番号

( )

保険者受付印

# (記入例)

## 第三者行為(加害者不明・自損・その他)による傷病届

被保険者記号番号		吹 国 ○○○○○○○○	
被害者	住 所	吹田市○○町○○丁目○○番○○号	
	氏 名	国保 太郎	
	生年月日	○○年 ○○月 ○○日 生まれ	
事故の状況	発生日時	××年××月××日 午前・午後 ××時××分頃	
	発生場所	××市 ××町 ××交差点付近	
	事故状況	(例) ●●交差点付近で、バイクを運転中に飛び出してきた車を避けたところ、電柱に追突した。車との接触はない。 (例) 散歩中に犬にかまれた。 (例) 歩道を歩いていたところ、後ろから来た自転車にぶつけられ転倒した。自転車はそのまま立ち去った。	
診療関係	1	医療機関名	●●病院
		初 診 日	●●年 ●●月 ●●日
		保険使用開始日	●●年 ●●月 ●●日
	2	医療機関名	
		初 診 日	年 月 日
		保険使用開始日	年 月 日
	3	医療機関名	
		初 診 日	年 月 日
		保険使用開始日	年 月 日
	治癒までの見込み		年 月 日
示談成立状況		1. 成立 ( 年 月 日) 2. 未成立	

国保印

上記のとおり届け出ます。

○○年 ○○月 ○○日

吹田市長あて

住 所 吹田市○○町○○丁目○○番○○号

(世帯主)

氏 名 国保 一郎

電話番号 ○○○ (○○○○) ○○○○

国保印