

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

()