様式第７号-３

交通事故以外

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 医療種別 | 国保一般(　 割) | 退職本人・家族(　 割) | 前期高齢者(　 割) | 後期高齢者(　 割) |
| 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | 証記号(国保等) |  | 証番号(国保等) |  |
| 被保険者番号(後期高齢者) |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号(マイナンバー) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　名 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和 | 年　　月　　日 |
|  |
| 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話）　　　－　　　－ |
| 第三者（相手方） | 氏　名 | フリガナ |  | 生年月日 | 大正・昭和平成・令和 | 年　　月　　日 |
|  |
| 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 |
| 住　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話）　　　－　　　－ |
| 勤務先 | 　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 　（電話）　　　－　　　－ |
| 賠償責任保険 |  無・有 | 保険  | 保険証券番号 |  |
| 給付原因概要 | 届出警察署 | 無・有 | 署 | 発生日時 | 　　 　 年　　 月　　 日 | 午前午後 | 　　 時　　分 |
| 場　所 |  |
| 原因及び発生状況 |  |
| 診　療 | 病院名薬局名 |  |  | 　年 　　月 　　 日 |
| 保険診療開始日 | 年 　　月 　　 日 |
|  |  | 年 　　月 　　 日 |
| 保険診療開始日 | 年 　　月 　　 日 |
|  |  | 年 　　月 　　 日 |
| 保険診療開始日 | 年 　　月 　　 日 |
| 治療状況 | 入院中 ・ 通院中 ・ 終了 | 終了日 | 年 　　月 　　 日 |
| 終了事由 |  治癒・症状固定・中止・その他 |
| 上記のとおり届けます　　　　 年　　　月　　　日市・町長組合理事長　 様愛媛県後期高齢者医療連合長  | 届出者（被保険者） | 住所 |  |
| 氏名 |  | ㊞ |

第三者行為による傷病届（交通事故以外の原因による）