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）