様式第７号－２

第三者行為による傷病届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 医療種別 | 後期高齢者医療(給付割合　割) |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 氏名 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 大正昭和 | 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)　　　　　―　　　―　　　　　 |
| 自賠責 | 有・無　　　　　　　　　　　保険 | 証明書番号 | 　 |
| 契約者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 任意 | 有・無　　　　　　　　　　　保険 | 証券番号 | 　 |
| 車検証 | 所有者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 使用者 | 氏名 | 　 | 住所 | 　 |
| 車両番号 | ナンバープレート | 　 | 車台番号 | 　 |
| 事故概要 | 届出警察署 | 　 | 発生日時 | 年　　月　　日 | 午前午後 | 時　　分　 |
| 場所 | 　 |
| 事故状況 | 　 |
| 診療 | 病院名薬局名 | 　 | 初診日 | 年　　月　　日 |
| 保険診療開始日 | 年　　月　　日 |
| 　 | 初診日 | 年　　月　　日 |
| 保険診療開始日 | 年　　月　　日 |
| 　 | 初診日 | 年　　月　　日 |
| 保険診療開始日 | 年　　月　　日 |
| 　上記のとおり届けます　　　　　年　　　月　　　日　　愛媛県後期高齢者医療連合長　様 | 届出者(被保険者) | 住所　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　 |