

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届(交通事故以外)

被保険者	被保険者番号					フリガナ			生年月日	年 月 日	
	電話番号	() —				氏名					
受傷の状況	受傷日時	年 月 日				午前	時 分頃		午後		
	場所										
	受傷状況									
診療関係	傷病名及び傷病の程度						初診	年 月 日		入院	日
							治癒までの見込			通院	日
							費用			費用	円
	保険医療機関	住所				名称			電話番号	() —	
	住所				名称			電話番号	() —		
相手方に関する事項	相手方	住所				氏名			生年月日	年 月 日	
		電話番号	() —								
	任意保険の有無について	有	契約保険会社名						担当者名		
	無	保険証券の番号						電話() —			
示談の状況											

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所
氏名

島根県後期高齢者医療広域連合長 様