

後期高齢者医療に係る第三者行為による傷病届 (動物)

被 保 険 者	被保険者証 の番号					フリガナ		生年 月日	年 月 日
	電話番号	() -							
第 三 者	住所					氏名		生年 月日	年 月 日
	電話番号	() -							
受 傷 の 状 況	受傷日時	年 月 日		午前		時 分頃			
	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	
							治癒ま での見込	入院 通院 費用	日 日 円
	保険医療機関	住所				名称	電話 番号	() -	
	住所				名称	電話 番号	() -		
示談の状況						任意保険の有無		有 無	

上記のとおり届出します。

年 月 日

被保険者 住所 _____

氏名 _____ (印)

島根県後期高齢者医療広域連合長 様