

### 第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏名				電話			
	生年月日	昭・平	年	月	日生	( 歳)		
	被保険者証・記号番号	鹿歯・鹿歯従			個人番号			
	事故発生日	平成	年	月	日	午前・午後	時 分頃	
	事故場所							
	病 院 名				診 療 期 間	・ ・ ~ ・ ・	転	治ゆ・継続・( )
						・ ・ ~ ・ ・	帰	治ゆ・継続・( )
						・ ・ ~ ・ ・	欄	治ゆ・継続・( )
	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ( )						
	相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他 ( )						

相 手 方	氏名				男・女	年齢	歳
	住所	電話					
	勤務先	電話					
	保 険 契 約 者	氏名					
		住所 電話					
	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄 )・その他					
	自動車	車両番号(ナンバープレート)					
	自賠責保険	会社名				証明書番号	
	任意保険	会社名				担当者名	

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

鹿児島県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿

住所  
世帯主  
氏名

印