

第三者の行為による傷病届

被保険者証記号番号		記号 8 2 - 番号	被害者氏名	
			個人番号	
事故発生の年月日		令和 年 月 日	午前・午後	時頃
事故発生の場所				
加害者	本人	住所		
		氏名		
	使用者	所在地		
		名称		
	代表者名			
示談の有無		有・無 示談日 令和 年 月 日		
示談金額				
診受 療け をた	病院名			
	住所			
	電話番号		( )	
初診年月日		令和 年 月 日		
国保診療の有無		有・無 令和 年 月から受診		
備考	この事故を取り扱う損害保険会社 住所 _____ 会社名 _____ 担当者氏名 _____ 電 話 ( )			
上記のとおりお届けいたします。 令和 年 月 日 組合員住所 _____ 氏 名 _____ 印 電 話 ( )  東京浴場国民健康保険組合理事長殿				

注意事項 第三者に関する事項欄中、届出日現在不明のことについては、一応空白のまま提出することとし、組合員は、当該未記入事項を控えておいて、わかり次第、当組合へ電話でご連絡ください。