

第三者行為による傷病届 (介護)

被 保 険 者	種別	1号被保険者 ・ 2号被保険者												
	保険者番号	3820280				被保険者番号								
	氏名	フリガナ					明 大 昭 平	年	月	日	生	男・女	歳	
	住所	〒	—				(電話)			—	—			
第 三 者 者 (相 手 方)	氏名	フリガナ					明 大 昭 平	年	月	日	生	男・女	歳	
	住所	〒	—				(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						
ナンバープレート						車台番号								
事 故 概 要	届出署		日	時	年	月	日	午前	時	分	頃	午後		
	場所													
	事故状況													
診 療	病院名					初 診 日	年	月	日					
						介護給付開始日	年	月	日					
	薬局名					初 診 日	年	月	日					
						介護給付開始日	年	月	日					
						初 診 日	年	月	日					
						介護給付開始日	年	月	日					
上記のとおり届けます														
年 月 日				住所										
今 治 市 長 宛				届出者 (被保険者)				氏名						