

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者証の記載番号	○○○○○○○○○ 0から始まる8ケタの番号です。		
被保険者氏名	広域 太郎	○○才	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
被保険者住所	滋賀県○○市△△町××-××	Tel.077-△△△-××××	
負傷年月日	○○年 △△月 ××日		
負傷の場所	滋賀県○○市△△町××-×× □□公園内		
第三者傷害の区分	けんか <input checked="" type="radio"/> 犬かまれ <input type="radio"/> その他（ ）		
事故発生当時の状況	□□公園内で広域 太郎が滋賀 花子の飼い犬に左膝を噛まれた。		
第三者（加害者）氏名	滋賀 花子	○○才	男 <input checked="" type="radio"/> 女
第三者（加害者）住所	滋賀県○○市△△町××-××	Tel.077-△△△-××××	
受診医療機関名	○○○○病院		
示談の状況	<input checked="" type="radio"/> 成立した <input type="radio"/> 成立しない <input type="radio"/> 交渉中（ 月 日現在）		
損害保険会社	加入の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
	保険会社名	△△損害保険株式会社	
	保険証明書番号	△△△△△△△△	
上記のとおりお届けします。 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 相手側（加害者）の加入している内容を記入してください。 </div>			
○○年△△月××日 氏名 広域 太郎 広域印			
滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様			