第三者行為による傷病届

<table>
<tr><td colspan="3">被害者氏名
生年月日</td><td colspan="5">明・大・昭・平　　年　月　日生　　電　話</td></tr>
<tr><td colspan="3">保険の種別</td><td colspan="5">後期高齢者医療</td></tr>
<tr><td colspan="3">被保険者証番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">加害者</td><td rowspan="2">本人</td><td>住所
氏名
生年月日</td><td colspan="5">明・大・昭・平　　年　月　日生　　電　話</td></tr>
<tr><td>使用者</td><td>住所
名称
代表者</td><td colspan="5">電　話</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事故の状況</td><td colspan="2">発生日時</td><td colspan="5">年　月　日　午前・午後　時　分頃</td></tr>
<tr><td colspan="2">発生場所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">事故の原因及び状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">診療関係</td><td colspan="2">傷病名及び傷病の程度</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">＜治癒までの見込み＞
入院　日
通院　日
費用　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">初診日
(保険の使用開始日)</td><td colspan="3">年　月　日
(　年　月　日から)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">保険医療機関</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="8">損害賠償関係</td><td colspan="2">示談等の交渉状況</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">自賠責保険</td><td colspan="2">保険会社名</td><td colspan="4">電　話</td></tr>
<tr><td>保険契約者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>保有者</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">証明書の番号</td><td colspan="2"></td><td>保険期間</td><td></td></tr>
<tr><td>車種</td><td></td><td>車両番号
(登録番号)</td><td></td><td>車台番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">任意保険</td><td>[有・無]
保険会社</td><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>名称</td><td>電　話</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険証券の番号</td><td colspan="2"></td><td>保険期間</td><td></td></tr>
</table>

上記のとおりお届けします。

年　月　日

住　所

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　様　　氏　名　　㊞