

第三者の行為による傷病届

被保険者記号番号		国札			—	
被 保 険 者 氏 名			世帯主と の続柄			
個人番号						
相手方	住 所	〒				
	氏 名	電話番号 — —				
☐ 損害賠償保険対応 ☐ 弁護士対応 (↑ありの場合、どちらかに チェックを入れてください)		あり ・ なし				
保険会社名（部署） 又は事務所名						
担当者名・連絡先		電話 — —				
負傷の日時		令和	年	月	日	午前・午後 時 分頃
負傷の場所						
負傷の原因 負傷時の状況 負傷の内容						
国保による診療		令和 年 月 日から使用している。				
診療を受けた 医療機関名	当 初	医院・病院				
	移 転	医院・病院				

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日
世帯主 住所 _____

氏名 _____ 印
電話 — — _____

(あて先) 札幌市 区長