第三者行為による傷病届

被保険者番号		受傷者の氏　名	生年月日　昭・平・令　年　月　日
個人番号			
受傷者の住　所		電話番号	
受傷の日時	令和　年　月　日　午前・午後　時　分		
場　所			
受傷の状況 ※どのようにして受傷したか具体的に書いてください。		受傷時の状況 略図	
治療した医療機関名		期間	令和　年　月　日　～ 令和　年　月　日
加害者の氏　名		TEL	
加害者の住　所			
その他特記事項			

以上のとおり、届出します。

令和　年　月　日

焼津市長 あて

住所

氏名