


第三者行為による傷病届

被保険者番号		受傷者の	男 ・ 女					
個人番号		氏 名	(歳)					
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 ※ どのようなして受傷 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					
			年齢 (歳)	性別 (男・女)				
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

