

第三者行為による傷病届

被保険者記号・番号		受傷者の 氏 名			
個人番号		生年月日	昭・平・令	年	月 日
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 ~ 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。

焼 津 市 長 あて

令和 年 月 日

住所

氏名