

# 第三者の行為による傷病届

被保険者記号番号	長沼 一		
被保険者氏名		世帯主との続柄	
相手方	住所	〒 電話番号	
	氏名		
賠償責任保険(※)	※相手方が損害保険で対応する場合に記入 TEL 担当者		
負傷の日時	令和 年 月 日	午前午後	時 分頃
負傷の原因、負傷時の状況			
負傷の程度			
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

(あて先) 長沼町長