

<b>第三者行為による傷病届</b>					
被保険者に関すること	被保険者証の記号番号	記号 3 3 —	氏 名		
		番号	個人番号		
相手方に関すること	氏 名			職業及び 生年月日	
	住 所				
相手方雇用主等及び監督義務者代理監督者に関すること	名称等			代表者 親権者等	
	住 所				
Tel : — —					
相手方不明のとき（その理由：状況を詳しく）					
事故の状況	発生年月日	平成 年 月 日 時 分頃			
	発生場所				
	事故原因と状況				
被害の状況	傷病名		初 診 年 月 日	平成 年 月 日	
			国保診療	平成 年 月 日から	
				平成 年 月 日まで	
			診療見込 期 間	日 ( ヶ月)	
診療等を受けている医療機関等	(Tel : — — )				
	(Tel : — — )				
	(Tel : — — )				

上記のとおり、届出ます。

(宛先) 小金井市長

平成 年 月 日

(世帯主) 住 所

氏 名

印

Tel — —

個人番号	
------	--