

第三者の行為による傷病届

年 月 日

様

世帯主 住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者証 記号・番号 (老人受給者番号)												
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ					生年月日	明 大 平		年 月 日 (歳)			
	氏名					性 別	男・女	職業				
個 人 番 号												
事 故 の 内 容	発 生 日 時	年 月 日				午前・後		時	分頃			
	発 生 場 所											
	事 故 原 因 と 状 況											
	警 察 署 へ の 届	届出済・未届	届出所轄所			警察署						
	心 身 の 状 況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()									
	被害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()										
第 三 者 (加 害 者)	加 害 運 転 者	住 所	電話									
		フリガナ 氏 名	性別	男・女	年齢	歳	職業					
		保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()									
関 係 (保 有 者)	保 有 者	住 所 (所 在 地)	電話									
		名 称										
	所 有 者 使 用 主	代 表 者										
	契 約 者 と の 関 係	本人・譲受人・借受人・その他 ()										

第三者の行為による傷病届

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社 (又は農協)			共済 証明書番号 保険			
	共済 保険 契約者	住所					
		フリガナ 氏名	共済 期間 保険	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	電話		
	加害自動車	車種		車両番号		車台 番号	
共済 任意 保険 (対人)の有無	有【 保険株式(相互)会社 】, 無 農業協同組合						
治療 関係	保険給付の 開始日	国保 による診療 平成 年 月 日からしている 老人保健					
	医療機関の 所在地・名称						
	診療の期間 (見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで			
示談	示談が成立した(年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定(月ごろ)・裁判の見込						
損害賠償金を 受領した場合		名 目	金額又は品名	受領年月日			

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 念書 1部
- 誓約書 1部
- 交通事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの。) 1部
- 交通事故発生状況報告書 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ。) 1部

2. この届書の内容で提出のときまでに分からないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連絡先		担当者()	
	課 係		電話()