

第三者行為による傷病届

被 保 険 者	被保険者証の 記号番号等				氏名	明・大・昭・平 年 月 日生	保 険 制 度	国民健康保険	介護保険		
	個人番号 (国保のみ)							後期高齢者医療			
事 故 の 状 況	発生日時	平成 年 月 日				午前 午後	時	分頃			
	発生場所										
	事故原因及び状況										
診 療 関 係	傷病名及び 傷病の程度					初診	平成 年 月 日				
						治ゆまで の見込み	入院	日			
	保険医療機関等	住所					名称	電話()			
		住所					名称	電話()			
相 手 方 に 関 す る 事 項	本人	住所				氏名	明・大・昭・平 年 月 日生 電話()				
	使用者	住所				名称	代表者	電話()			
	自 賠 責 保 険	保険会社等	名称					電話()			
		保険契約者	住所					氏名			
		保有者	住所					氏名			
		運転者	住所					氏名			
	保 険	保険証明書の番号						保険期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
		車種			登録番号			車台番号			
	任 意 保 険	保険会社等	名称					電話()			
		保険契約者	住所					氏名			
保有者		住所					氏名				
保険証券の番号						保険期間	平成 年 月 日	平成 年 月 日			
示談等の 交渉状況											
被保険者の人身傷害 補償保険について	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	契約保険会社名				担当者名					
						電話()					

上記のとおりお届けします。

平成 年 月 日

住 所
氏 名



保 険 者 名：
保険者代表者名： 様