

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 年 月 日 (歳) 昭 平		
	氏名			性 別	男・女	職業	
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 者	住 所	電話				
	運 転 者	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 ()					
保 有 者 (加 害 者)	保 有 者	住 所 (所在地)	電話				
		名 称					
	所 有 者	代 表 者					
関 係	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

第三者の自賠償 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	電話				
		フリガナ 氏名	共済 期間 保険		自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日		
	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	課 係		担当者（ ）
			電 話（ ）