

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	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
診療関係	傷病名及び傷病の程度			初診	平成 年 月 日	
	保険医療機関等			治ゆまでの見込み	入院 通院 費用	日 日 円
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()	
自賠保	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	
任意保険	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	
	保険会社等	名称			電話()	
	保険契約者	住所			氏名	
示談等の交渉状況	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="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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: _____ 様
 保険者代表者名: _____