

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			保 険 制 度	国民健康保険	介護保険	
									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		有 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