

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	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
					年 月 日生		
事故の状況	発生日時		年 月 日	午前	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	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	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	年 月 日 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
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 type="radio"/> 有	契約保険会社名			担当者名		
	<input type="radio"/> 無				電話()		

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所
氏名



保 険 者 名：
保険者代表者名： 様