

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
	年 月 日生											
事 故 の 状 況	発生日時 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	年 月 日		
									治ゆまで の見込み	入院	日	通院
	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	年 月 日 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	契約保険会社名					担当者名				
		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