

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			年 月 日生	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 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 日 費用 円				
	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