

第三者行為による傷病届

被保険者等	フリガナ			生年月日	年 月 日生 ()歳			
	氏 名			性 別	男・女	世帯主との続柄		
	住 所			電話番号	() —			
	被保険者証 記号・番号			心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()			
	備 考			事故発生日時	年 月 日			
	事故発生場所				午前・午後 時 分頃			
	傷病名及び 傷病の程度			治療の見込	入院 日	通院 日	費用 円	
	保険医療 機関等名			治療等期間	終了 年 月 日	～		
相手方（第三者）	事故当事者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 ()歳			
		氏 名		性 別	男・女	職業		
		住 所		電話番号	() —			
				心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()			
				車両保有者との関係 1. 本人 (事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ())				
	車両保有者	自賠契約者との関係	1. 本人 (車両保有者欄への記載は不要です) 2. その他 ()					
		会社名		住 所				
		氏 名		電話番号	() —			
	自賠責保険	保険有無 証書番号	有・無	第 号	電話番号	() —		
		保険会社名			契約期間	自 至	年 月 日	
		契約者住所			氏 名			
	任意保険	保険有無 証書番号	有・無	第 号	電話番号	() —		
		保険会社名						
		支店サービスセンター		担 当 者				
	上記のとおりお届けします。							
_____ 年 _____ 月 _____ 日								
住所 _____								
電話 () — _____								
_____ 東御市 _____ 長 様								
氏名 _____ ㊞								
※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載								

※ 次の書類を添付してください。
○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。