

## 第三者行為による傷病届 (自転車)

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 号 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)	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 ( ) )			
	事故当事者との関係		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	( ) —		
	個人賠償保険	保 険 有 無 証 書 番 号	有 / 無	第 号	電 話 番 号	( ) —
		保 險 会 社 名				
支 店 サ ー ビ ス セ ン タ ー		担 当 者				
受傷の状況	受 傷 日 時		年 月 日 午前・午後 時 分 頃			
	受 傷 場 所					
	受 傷 原 因 と 状 況 (どのようにして受傷したか具体的に記入して下さい)					
	警 察 へ の 届 出		届 済 / 未 届 (いずれかに○印)			
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 _____ (印)				
※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通づつ

※ 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。