様式第4号－3

# 第三者行為による傷病届（傷害）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | 備考 | | |
| | 傷病名及び傷病の程度 | | 治療の見込 | 入院　日 | 通院　日 |
| | | | | 費用　円 | |
| | | | | 終了　年　月　日 | |
| | 保険医療機関等名 | | 治療等期間 | 〜 | |
| | | | | 〜 | |
| | | | | 〜 | |
| 相手方（第三者）・賠償責任保険 | フリガナ | | 生年月日 | 年　月　日生(　)歳 | |
| | 加害者 | | 性別 | 男・女 | 職業 |
| | 住所 | — | 電話(自宅) | (　)　— | |
| | 連絡先(勤務先) | (　)　— | 電話(携帯) | (　)　— | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年　月　日生(　)歳 | |
| | 保護責任者使用者 | | 性別 | 男・女 | 職業 |
| | 住所 | | 電話(自宅) | (　)　— | |
| | 連絡先(勤務先) | (　)　— | 電話(携帯) | (　)　— | |
| | 加害者との関係 | | | | |
| | 保険有無証券番号 | 有・無　第　号 | 電話番号 | (　)　— | |
| | 賠償責任保険会社名 | | | | |
| | 支店サービスセンター | | 担当者 | | |
| 受傷の状況 | 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) | | | | |
| 保健所への届出 | 届済　／　未届　(いずれかに○印) | | | | |
| 示談の状況 | 有　／　無　(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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※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。
　○念書、誓約書、事故発送状況報告書　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。