

第三者行為による傷病届（自転車）

項 目		内 容						
(被 保 険 者 名 等) 届 出 者	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号			保険者名		
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏 名		生年月日 年 月 日			
	住所 / 電話		〒		TEL ()			
(被 害 者) 被 害 者	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな 氏 名		届出者との関係		生年月日 年 月 日	
	住所 / 電話		〒				TEL ()	
(第 三 者) 加 害 者	氏 名		ふりがな 氏 名				TEL ()	
	住所 / 電話		〒					
事 故 発 生 状 況	事故発生日時		年 月 日		午前 / 午後		時 分頃	
	事故発生場所							
個 人 賠 償 保 険 (加 害 者)	保険会社名 / 担当部署		保険会社名			担当部署		
	取扱店所在地 / 電話		〒			TEL ()		
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏 名			E-mail		
	保険契約者名		ふりがな 氏 名					
	住所		〒					
保険期間 / 契約番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日			契約番号 第 号			
治 療 状 況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名		入 院 有 / 無		治療開始日 年 月 日	
							治療終了(見込) 年 月 日	
	住所 / 電話番号		〒			TEL ()		
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名		入 院 有 / 無		治療開始日 年 月 日	
							治療終了(見込) 年 月 日	
			〒			TEL ()		
		③ 診療機関名		入 院 有 / 無		治療開始日 年 月 日		
						治療終了(見込) 年 月 日		
		〒			TEL ()			
傷病届作成日 / 作成支援の有無		年 月 日		本届出書を損害保険会社等(業務委託先を含む)の支援を受けて作成した場合はチェック				<input type="checkbox"/>

- ※ 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。