

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	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
事故の状況	発生日時						午前	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	
	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 日から 年 月 日まで	
	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 日から 年 月 日まで
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		<input checked="" type="radio"/> 有	契約保険会社名			担当者名		
		<input type="radio"/> 無				電話()		

上記のとおりお届けします。

令和 年 月 日

住所
氏名



保 険 者 名 :
保 険 者 代 表 者 名 :

様