

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	大・昭・平・令 年 月 日生	保険制度	国民健康保険	介護保険	
							後期高齢者医療	
事故の状況	発生日時		年 月 日	午前 午後	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	大・昭・平・令 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 年 月 日		
	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 年 月 日	
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	有	契約保険会社名			担当者名			
	無				電話()			

上記のとおりお届けします。

年 月 日

住所
氏名

保険者名：
保険者代表者名： 様