様式第4号

第三者行為による傷病届

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		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	
				終了　年　月　日	
	保険医療機関等名		治療等期間	～	
				～	
				～	
相手方（第三者）	事故当事者 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（　））			
	車両保有者 自賠契約者との関係	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	（　）　—	
	自賠責保険 保険有無証書番号	有・無　第　号	電話番号	（　）　—	
	保険会社名		契約期間	自　年　月　日 至　年　月　日	
	契約者住所		氏名		
	任意保険 保険有無証書番号	有・無　第　号	電話番号	（　）　—	
	保険会社名				
	支店サービスセンター		担当者		

上記のとおりお届けします。

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　（　　）　—＿＿＿＿＿＿＿＿

木島平村長　あて　　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。
　○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。