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　(　　)　—

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。
　○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。