

第三者行為による傷病届(傷害)

被保険者等	フリガナ	オツヤマ オツタ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生(〇〇)歳		
	氏名	乙山 乙太	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	世帯主との続柄	本人
	住所	長野県〇〇市〇〇町〇〇番地	電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇		
	被保険者証番号・番号	〇〇・〇〇〇〇	相手方から受領した費用(示談金・お見舞い金等)備考			
	傷病名及び傷病の程度	骨盤骨折	治療の見込	入院 30 日 通院 15 日 費用 1,000,000 円 終了 年 月 日		
	保険医療機関等名	〇〇〇〇病院 〇〇薬局	治療等期間	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日 〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日 ~		
相手方(第三者)・賠償責任保険	フリガナ	コウノ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日生(〇〇)歳		
	加害者	甲野 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	職業	会社員
	住所	長野県〇〇市〇〇町〇〇番地	電話(自宅)	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇		
	連絡先(勤務先)	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇	電話(携帯)	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇		
	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	<input checked="" type="radio"/> 有・無	第 ABC123456号	電話番号	(〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇	
賠償責任保険会社名	〇〇火災保険株式会社					
支店サービスセンター	〇〇市〇〇町〇〇番地	担当者	〇〇 〇〇			
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	<input checked="" type="radio"/> 届済 / 未届 (いずれかに〇印)					
保健所への届出	<input checked="" type="radio"/> 届済 / 未届 (いずれかに〇印)					
示談の状況	有 / <input checked="" type="radio"/> 無 (いずれかに〇印)					
上記のとおりお届けします。						
〇〇 年 〇 月 〇 日 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地						
電話 (〇〇〇〇)〇〇-〇〇〇〇						
〇〇市 長 様 氏名 乙山 乙太 (印)						
※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、事故發送状況報告書 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、おつ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。