

## 第三者の行為による傷病届

年 月 日

大任町長 永原 譲二 殿

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

法制	一般	・	退職
----	----	---	----

被保険者証記号・番号							
被保険者	フリガナ				生年月日	明 大 年 月 日 ( 才 ) 昭 平	
	氏 名				性別	男・女	職業
事故の内容	発 生 日 時	年 月 日			午前・午後 時 分頃		
	発 生 場 所						
	事故原因と状況						
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 ( いづれか ○ 印 )			届出所轄署	警察署	
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )				
	被保険者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
被保険者の人身傷害補償保険について		有 ・ 無	損 保 名 [ 会社 ]			サービスセンター	
			担当者名 [ ]			電話番号 [ ]	

第三者 ( 相手者 ) 関係	相手者	住 所						
		フリガナ				電 話		
	氏 名	性別	男・女	年令	才	職業		
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ( )						
	保有者 ( 所有者 ・ 使用主 )	住 所 ( 所在地 )						
名 称								
代 表 者								
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ( )						

第三者の 共済関係	自賠責保険	保険会社(又は農協)		共済証明書番号 共済保険		
		共済契約者	住所	電話		
	フリガナ 氏名		共済期間		自 年 月 日 至 年 月 日	
	相手者の自動車		車種	登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号
	任意保険(対人) の有無	有・無	契約保険会社		保険会社(共済) サービスセンター	
証券番号			電話番号 ( )	担当者		
第 号						

治療関係	傷病名及び傷病の程度		治療終了日【 年 月 日】	
	医療機関の所在地・名称			
	診療の期間		年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した( 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定( 月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	課	係	担当者( ) 電話( )
-----	---	---	-----------------