

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			保険制度	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療	
	年 月 日生						
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 通院 日 費用 円	
	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	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: _____ 様
 保険者代表者名: _____