

常務理事	事務長	課長(代)	担当

## 第三者の行為による傷病届

被害者	被保険者証 記号番号	記号		番号	
	被保険者氏名	(生年月日) 年 月 日			
	(被扶養者の場合は被扶養者氏名、続柄)	(続柄)	(生年月日) 年 月 日		
	住所				
	電話番号(自宅)	( )	-	(内線)	
加害者	氏名		職業		
	住所				
	勤務先名称	(電話)( ) - (内線)			
	勤務先所在地				
事故の状況	傷病名	A	B	C	
	発生日時	平・令	年	月	日 (曜) 時 分頃
	発生場所				
	事故発生の状況				
	どこから、どこへ、何の目的で行っていた行為も記入のこと				
診察を受けた時	病院(医院)名称	(TEL)( ) -			
	所在地				
	傷病の程度	死亡・重傷・軽傷	治療見込	年 月 日から 間	
	治療費の支払方法	自費・相手方負担・健康保険・その他( )			
加害者の自賠責保険加入状況	保険加入の有無	ある・ない	契約期間	自 . . . ~ 至 . . .	
	証明書番号		車種及登録番号		
	契約者		住所		
	契約保険会社名称	保険(株)		担当者	
	所在地			連絡先( )	-
示談	示談状況	令和 年 月 日現在 成立 ・ 交渉中 ・ 成立していない			

上記の通り第三者の行為により傷病を受けたので、念書を添えてお届けします。

令和 年 月 日 被保険者氏名 印