

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏名				電話			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)						
	被保険者証(医療受給者)	記号番号						
	事故発生日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃						
	事故場所							
	病 院 名			診 療 期 間	. . ~ . .		転 帰 欄	治ゆ・継続・()
					. . ~ . .			治ゆ・継続・()
					. . ~ . .			治ゆ・継続・()
	被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()						
相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他()							

相 手 方	氏名			男・女	年齢	歳
	住所	電話				
	勤務先	電話				
	保 険 契 約 者	氏名				
		住所	電話			
	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄)・その他				
	自動車	車両番号(ナンバープレート)				
	自賠償保険	会社名			証明書番号	
	任意保険	会社名			担当者名	

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日
長殿

住所
世帯主
氏名 印