

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	年 月 日生 (歳)					
	被保険者証記号番号	屋国保					
	事故発生日	年 月 日 午前・午後 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)				
	自賠責保険	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。

年 月 日

屋久島町長 様

世帯主 住所

氏名