

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

年 月 日

様

世帯主 住 所
氏 名
電 話

次のとおりお届けします。

		法制					
受給者番号							
受給者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (才)		
	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 ()					
受給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)					
		電話					
		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 共済保険 関係	保険会社(又は農協)				共済証明書番号			
	自賠責 保険 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			
					電話番号 ()		担当者	
証券番号			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 ()		