

第三者行為による傷病届

被保険者等	フリガナ		生年月日		年 月 日生 ()歳		
	氏 名		性 別		男・女 世帯主との続柄		
	住 所		電 話 番 号		() —		
	被保険者証号・番号		心身の状況		正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()		
	備 考		事故発生日時		年 月 日		
	事故発生場所				午前・午後 時 分頃		
	傷病名及び傷病の程度		治療の見込		入院 日 通院 日 費用 円 終了 年 月 日		
	保険医療機関等名		治療等期間		～ ～ ～		
相手方(第三者)	フリガナ		生年月日		年 月 日生 ()歳		
	氏 名		性 別		男・女 職業		
	住 所		電 話 番 号		() —		
			心身の状況		正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()		
	車両保有者との関係		1. 本人 (事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本人以外 (親族・従業員・その他 ())				
	自賠契約者との関係		1. 本人 (車両保有者欄への記載は不要です) 2. その他 ()				
	会社名		住 所				
	氏 名		電 話 番 号		() —		
	自賠責保険		有・無 第 号		電 話 番 号		() —
	保 險 有 無 証 書 番 号				契 約 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日
	保 險 会 社 名				氏 名		
	契 約 者 住 所						
	任意保険		有・無 第 号		電 話 番 号		() —
	保 險 有 無 証 書 番 号				担 当 者		
保 險 会 社 名							
支店サービスセンター							
上記のとおりお届けします。							
_____ 年 _____ 月 _____ 日 住所 _____							
_____ 電話 () _____							
_____ 長 様 氏名 _____ (印)							
※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載							

- ※ 次の書類を添付してください。
○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ
- ※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。
- ※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。
- ※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。