

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		() —			
	被保険者番号・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）	事故当事者	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 ())					
	車両保有者	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	保険有無証書番号		有・無	第 号	電話番号		() —	
		保険会社名					契約期間		自 年 月 日 至 年 月 日
		契約者住所					氏 名		
	任意保険	保険有無証書番号		有・無	第 号	電話番号		() —	
		保険会社名							
		支店サービスセンター			担 当 者				
	上記のとおりお届けします。								
年 月 日 住所									
電話 () —									
長 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通ずつ
※ 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。