

第三者行為による傷病届(傷害)

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 記号・番号		備考			
	傷病名及び 傷病の程度		治療の見込	入院 日	通院 日	費用 円
	保険医療 機関等名		治療等期間	終了	年 月 日	
				～	～	～
相手方 (第三者) ・賠償責任保険	フリガナ		生年月日	年 月 日生()歳		
	加害者		性別	男・女	職業	
	住所	—	電話(自宅)	() —		
	連絡先(勤務先)	() —	電話(携帯)	() —		
	フリガナ		生年月日	年 月 日生()歳		
	保護責任者 使用者		性別	男・女	職業	
	住所		電話(自宅)	() —		
	連絡先(勤務先)	() —	電話(携帯)	() —		
	加害者との関係					
	保険有無 証券番号	有・無	第 号	電話番号	() —	
賠償責任保険 会社名						
支店サービス センター		担当者				
受傷の 状況	受傷原因と状況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい)					
警察への届出	届済 / 未届 (いずれかに○印)					
保健所への届出	届済 / 未届 (いずれかに○印)					
示談の状況	有 / 無 (いずれかに○印)					
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。
○念書、誓約書、事故発生状況報告書 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、おつ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。