

第三者の行為による傷病届

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()		
	事故発生場所		事故発生日時	年 月 日 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
	保険医療機関等名		治療等期間	終了 年 月 日 ～ ～ ～		
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	() —
	契約者住所		自	年 月 日	至	年 月 日
	任意保険		有・無	第 号	電話番号	() —
	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 () —			
			<small>※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載</small>			
_____ 長 様			氏名 _____ ㊞			

※ 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。