

第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

志免町長 殿

世帯主 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

次のとおりお届けします。

法制 一般 ・ 退職

被保険者証記号・番号		個人番号	
被保険者	フリガナ	生年月日	大 昭 年 月 日 (才) 平 令
	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 ()	
被保険者の人身傷害 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	電話				
		フリガナ	性別	男・女	年令	才	職業
		氏 名					
	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 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 保険 期間	自	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	平・令 年 月 日より 平・令 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平・令 年 月 日より 平・令 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平・令 年 月 日より 平・令 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平・令 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した(平・令 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	住民課 保険係	担当者 ()
		電話 (092-935-1074)