

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

年 月 日

様

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者番号							
被 保 険 者 (被 害 者)	フリガナ			生年月日	年 月 日 (歳)		
	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	届出済・未届	届出所轄署	警察署			
	心 身 の 状 況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()				
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()					
第 三 者 (加 害 者) 関 係	加 害 運 転 者	住 所	電話				
		フリガナ氏名	性別	男・女	年齢	歳	職業
	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 ()					

第三者の行為による傷病届 (交通事故)

第三者の自賠責 共済 保険 関係	保険会社等の の 名 称		共済 証明書番号 保険			
	共済 保険 契約者	住 所	電 話			
	フリガナ 氏 名		共済 期間 保険	自 至	年 月 日 年 月 日	日 日
	加 害 自 動 車	車種		車両番号		車台 番号
共済 任意 (対人) の有無 保険		有 【 保険株式 (相互) 会社・農業協同組合 】・無				
治 療 関 係	保 険 給 付 の 開 始 日	国 保 による診療 年 月 日からしている				
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称					
	診 療 の 期 間 (見 込 期 間)	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで	年 月 日より 年 月 日まで
示 談	示談が成立した (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					
損 害 賠 償 金 を 受 領 し た 場 合		名 目	金 額 又 は 品 名	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。

- 念書 1 部
- 誓約書 1 部
- 交通事故証明書 (自動車安全運転センター発行のもの。) 1 部
- 事故発生状況報告書 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ときに分からないこと (第三者関係など) があれば、空白のまま提出し、判明次第連絡してください。
3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出してください。
4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連 絡 先				担当者 ()
	課 係			電 話 ()