

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	() —		
	被保険者証号・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	
	保険医療機関等名			終了 年 月 日	〜	
		治療等期間	〜			
			〜			
			〜			
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	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				担当者		
支店サービスセンター						
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。
○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。