

### 第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者 <small>(被保険者名等)</small>	被保険者記号・番号 / 保険者名		被保険者記号・番号		保険者名 上田市
	届出者情報 <small>※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入</small>		ふりがな 氏名 〒		生年月日 年 月 日 TEL ( )
	氏名 / 生年月日	住所 / 電話			
被害者 <small>(受診者)</small>	氏名 / 続柄 / 生年月日		ふりがな 氏名 〒		届出者との関係 生年月日 年 月 日 TEL ( )
	住所 / 電話				
加害者 <small>(第三者)</small>	氏名		ふりがな 氏名 〒		TEL ( )
	住所 / 電話				
発生状況	事故発生日時		年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	事故発生場所				
賠償責任保険 <small>(加害者)</small>	保険会社名 / 担当部署		保険会社名		担当部署
	取扱店所在地 / 電話		〒		TEL ( )
	担当者名 / E-mail		ふりがな 氏名 〒		E-mail
	保険契約者名		ふりがな 氏名 〒		
	住所				
	保険期間 / 契約番号		保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日		契約番号 第 号
治療状況	診療機関名 / 入院 / 治療期間		① 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
	住所 / 電話番号		〒		TEL ( )
	※治療終了日(見込)については可能な範囲でご記入ください。		② 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )
			③ 診療機関名	入院 有 / 無	治療開始日 年 月 日 治療終了(見込) 年 月 日
			〒		TEL ( )

- ※ 次の書類を添付してください。  
○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。
- (注) 本書は、自賠責共済、任意共済の場合、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容をご記入ください。