

第三者行為による傷病届

項 目		内 容		
届出者 (被保険者名等)	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 ※国民健康保険は世帯主、その他は被保険者の情報を記入	氏名 / 生年月日 ふりがな 氏名 〒	生年月日 年 月 日 TEL ()	
被害者 (受診者)	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 (第三者)	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 (加害者)	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 住所 / 電話番号 ※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。	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
		〒		TEL ()
	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。