

## 第三者の行為による傷病届

被保険者証の 記号・番号	氏名	Ⓜ		
	住所			
事業所名				
被扶養者が受けた 事故の時	氏名		続柄	
	生年月日			
事故発生年月日	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分頃			
事故発生場所				
事故発生状況				
治療の状況	治療開始	年 月 日 入院・通院		
	病院名		電話	
	所在地			
	治癒見込	年 月 日		
	治療費の種別	健保・自費・加害者・自賠責		

自動車事故のときは、次の書類を提出してください。

1. 自動車事故証明書 2. 事故発生報告書 3. 診断書 4. 念書

受付日付印

## 加害者（相手）の自動車保険加入状況

氏名		電話	
現住所			
職業（勤務先）		電話	
所在地			
自賠責保険	会社名		電話
	所在地		
	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日	証明書番号
契約者	氏名		電話
	住所		
車の保有者	氏名		電話
	住所		
任意保険	加入の有・無		証明書番号
	会社名		電話
	所在地		

示談状況	成立している	年 月 日成立（示談書の写しを添付）
	おもな内容	
	成立していない理由	