

第三者の行為による傷病届

(その1)

年 月 日

様

被保険者 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	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)		
	氏名			性 別	男 ・ 女	職 業	
事 故 の 内 容	発 生 日 時	平成 年 月 日 午前・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 ()					
加 害 者 運 転 者 (加 害 者)	住 所	電話					
	フリガナ 氏 名	性別	男 ・ 女	年 令	歳	職 業	
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()					
所 使 用 者 主 関 係	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

(その2)

第三者の自賠責共済関係	保険会社 (又は農協)		共済 保険	証明書番号		
	共済 保険	住 所	電話			
	契約者	フリガナ 氏 名	共済 保険	期間	自 昭和・平成 年 月 日 自 昭和・平成 年 月 日	
	加 害 自 動 車		車種	車両番号	車台 番号	
任意	共済 保険	(対人)の有無	有	保険会社(相互)会社 農業共同組合 ・ 無		
治 療 期 間	保 険 給 付 の 開 始 日	後期高齢者医療による診療 平成 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	
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
- 交通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

注2. この届書の内容で提出のときまでに分からないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

注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。

注4. くわしいことは、下記へおたずねください。

連絡先	課	係	担当者 () 電 話 ()
-----	---	---	------------------------------