

## 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 ⑩

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 日 開 始		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			
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 ( )
-----	---	---	--------------------