第三者行為による傷病届

　　年　　月　　日

（あて先）三　沢　市　長

個人番号

　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主 　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　電話

次のとおり関係書類を添えて届けます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者記号・番号 | | | 沢こく　　　　　　－ | | |
| 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 世帯主との続柄 | |  | | 職　　業 |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事故の状況 | 発生日時 | 年　　月　　日　午前・午後　　時　　分頃 | 場所 |  |
| 内　容 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相手方 | 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住　所 |  | | 電話 |  | 職業 |  | |
| 車両保有者（所有者）との関係　→　本　人　・　従業員　・　親　族　・　その他（　　　　　　　） | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 相手車両の状況 | | 保有者 | 氏　名 | | |  | | | | 住　所 | |  | | | | | | | |
| 自賠責保険の契約者との関係　→　本　人　・　譲渡人　・　借受人　・　その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自賠責保険 | 契約者 | |  | | | | | | 住　所 | |  | | | | | | |
| 会社名 | |  | | | | | | | | 証明書番号 | | | | 第　　　　　　　　　　　　　号 | | |
| 期　間 | | 年 　月 　日 ～ 　　 　年 　月 　日 | | | | | | | | | | | | 用途及び種別 | |  |
| 登録番号又は車両番号 | | | | | |  | | | | | | 車台番号 | |  | | |
| 任意保険 | | 有・無 | | | | 会社名 |  | | | | | | 証券番号 | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療の状況 | 傷 病 名 | | |  | | | | | | | | | | 治癒・治療中止（　　　　年　　月　　日現在） | | | | | |
| 入　院・通　院 | | | | | | 年　　月から　　月まで　　　日間 | | | | | | | | | 医療機関名 | |  | |
| 入院中・通院中 | | | | | | 年　　月から | | | | | | | | | 医療機関名 | |  | |
| 入　院・通　院 | | | | | | 年　　月から　　月まで　　　日間 | | | | | | | | | 医療機関名 | |  | |
| 入院中・通院中 | | | | | | 年　　月から | | | | | | | | | 医療機関名 | |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 示談状況 | 成　立　・　交渉中　していない　（示談をした場合は示談書の写しを添付） |

（注）　１　交通事故の場合は、交通事故証明書・念書・事故発生状況報告書を添付してください。

２　届出日現在不明のことについては、一応空欄とし、後日、判明次第連絡してください。