

第三者行為による傷病届

被保険者等	フリガナ				生年月日	年 月 日生 ()歳			
	氏 名				性 別	男・女	世帯主 との続柄		
	住 所				電話番号	() —			
	被保険者証 記号・番号				心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()			
	備 考				事故発生日時	年 月 日			
	事故発生場所					午前・午後 時 分頃			
	傷病名及び 傷病の程度				治療の見込	入院 日	通院 日	費用 円	
					終了	年 月 日			
保 険 医 療 機 関 等 名					治療等期間	～			
						～			
						～			
相手方（第三者）	事故当事者	フリガナ				生年月日	年 月 日生 ()歳		
		氏 名				性 別	男・女	職業	
		住 所				電話番号	() —		
						心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気 ()		
		車両保有者 との関係		1. 本 人（事故当事者と車両保有者が同じ場合） 2. 本人以外（親 族・従業員・その他 ())					
	車両保有者	自賠契約者 との関係		1. 本 人（車両保有者欄への記載は不要です） 2. そ の 他 ()					
		会 社 名				住 所			
		氏 名				電話番号	() —		
	自賠責保険	保険有無 証書番号		有・無	第 号	電話番号	() —		
		保 險 会 社 名				契 約 期 間	自 至	年 月 日	年 月 日
		契 約 者 住 所				氏 名			
	任意保険	保険有無 証書番号		有・無	第 号	電話番号	() —		
		保 險 会 社 名							
支店サービ スセンター				担 当 者					
上記のとおりお届けします。									
年 月 日 住所									
電話 () —									
飯山市 長 様 氏名 (印)									
※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載									

※ 次の書類を添付してください。
○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ
※ 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。