

第三者の行為による傷病届

保険者の記号番号		第 号	被保険者	氏 名		世帯主との続柄	
個人番号				生年月日	年 月 日		
第三者 (加害者)	住 所		傷病の年月日	年 月 日		自動車損害賠償法適用の有無	有 無
	氏 名		傷病名				
傷病の状況							
診療を受けた医師又は 歯科医師	住 所		初診年月日	年 月 日			
	氏 名		初診の内容				
損害賠償又は示談の内容	医療費賠償金額及び期間		診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日			
			慰謝料の金額				
	生活費賠償金額及び期間		示談解決の年月日	年 月 日	未解決ならその旨		
<p>上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 氏名</p> <p>函南町長 様</p>							