

第 三 者 行 為 に よ る 傷 病 届

被 保 険 者 に 関 す る 事 項	被 保 険 者 氏 名	年 月 日生（ 男 ・ 女 ）				保 險 種 別	国保・退職・後期高齢者・介護					
						被 保 険 者 番 号						
						個 人 番 号						
	住 所	静岡県					電 話					
	人身傷害保険(補償) 加入の有無	有・無	保 険 会 社 名				担 当 者					
			支 店 名				電 話					
	医 療 機 関 名											
	介 護 事 業 所 名											
保 險 診 療 介 護 サ ー ビ ス 開 始 日	年 月 日 (入 院 通 院)				平成 年 月 日 (入 院 通 院)				平成 年 月 日 (入 院 通 院)			
治 療 費 等 支 払 者	被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者				被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者				被 保 険 者 ・ 相 手 方 ・ 損 保 会 社 ・ 使 用 者			
事 故 状 況	事 故 発 生 日 時	年 月 日 午前・午後 時 分頃										
	事 故 発 生 場 所											
相 手 方 に 関 す る 事 項	住 所							氏 名				
								電 話				
	相 手 方 の 使 用 者 (相手方が従業員の時)		住 所					電 話				
			名 称 ・ 代 表 者 名									
	保 險 (共 済) 関 係			自 賠 責 保 険 (共 済)				任 意 保 険 (共 済)				
				住 所								
		保 險 (共 済) 契 約 者	氏 名									
			保 險 (共 済) 会 社									
		契 約 期 間		年 月 日から 年 月 日まで				年 月 日から 年 月 日まで				
	保 險 (共 済) 証 明 書 番 号											
任 意 保 険 (共 済) 関 係		支 店 名			担 当 者			電 話				

上記のとおりお届けします。

届出人（○で囲む）被害者側・加害者側・保険代理人

年 月 日

長 様

氏名 _____ 印

※保険種別が国保・退職の場合は個人番号を記載してください。

※お願い＝交通事故証明書（原本又は、写）を添付してください。