

第三者行為による傷病届(傷害)

被保険者等	フリガナ	オツヤマ リョウタ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳		
	氏名	乙山 良太	性別	男・女	世帯主との続柄	本人
	住所	長野県 〇〇市〇町〇〇番地	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	被保険者証 記号・番号	〇〇・〇〇〇〇〇	備考	相手方から受領した費用(示談金・お見舞い金等)		
	傷病名及び 傷病の程度	頰椎捻挫 骨盤骨折 受診している医療機関等を3つまで記載する	治療の見込 費用	入院 30 日 通院 15 日	2,000,000 円	
	保険医療 機関等名	〇〇病院 〇〇整形外科 〇〇薬局	治療等期間	〇〇年〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日 〇〇年〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日 〇〇年〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇月〇〇日	終了 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
相手方(第三者) ・賠償責任保険	フリガナ	コウノ タロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇〇日生(〇〇)歳		
	加害者	甲野 太郎	性別	男・女	職業	会社員
	住所	〇〇市〇町〇〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室	電話(自宅)	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	連絡先(勤務先)	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話(携帯)	(〇〇〇) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇〇		
	フリガナ		生年月日	年 月 日生()歳		
	保護責任者 使用者		性別	男・女	職業	
	住所		電話(自宅)	() -		
連絡先(勤務先)	() -	電話(携帯)	() -			
加害者との関係						
保険有無 証券番号	有・無	第 ABC123456 号	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
賠償責任 保険会社名	〇〇火災保険株式会社					
支店サービス センター	〇〇市〇〇〇〇番地 〇〇ビル	担当者	〇〇〇〇株式会社 代表 〇〇 〇〇			
受傷の 状況	受傷原因と状況 (どのようにして受傷 したか具体的に記入 して下さい)					
警察への届出	届済 / 未届		(いずれかに〇印)			
保健所への届出	届済 / 未届		(いずれかに〇印)			
示談の状況	有 / 無		(いずれかに〇印)			
上記のとおりお届けします。						
〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		住所	〇〇市〇町〇〇〇番地			
		電話	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			
		相手方に賠償責任保険加入がある場合は必須				
(宛先) 長野市長		氏名	乙山 良太		印	

※ 次の書類を添付してください。

○念書、誓約書、事故発送状況報告書 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、おつ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。

※介護保険・後期高齢者医療は「被保険者氏名」を記載