

第三者行為による傷病届(傷害)

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		備 考				
	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度		治 療 の 見 込	入院 日	通院 日		
	保 険 医 療 機 関 等 名		治 療 等 期 間	費用 円	終了 年 月 日		
相 手 方 (第 三 者) ・ 賠 償 責 任 保 険	フリガナ		生年月日	年 月 日生()歳			
	加 害 者		性 別	男・女	職 業		
	住 所		電 話 (自 宅)	() —			
	連 絡 先 (勤 務 先)	() —	電 話 (携 帯)	() —			
	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 賠 償 責 任 保 険 会 社 名 支 店 サ ー ビ ス セ ン タ ー	有・無	第 号	電 話 番 号	() —		
受 傷 原 因 と 状 況 (ど 的 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 ○ 印)					
保 健 所 へ の 届 出	届 済 / 未 届	(い ず れ か に ○ 印)					
示 談 の 状 況	有 / 無	(い ず れ か に ○ 印)					
上記のとおりお届けします。							
		年 月 日	住所	_____			
			電話	() — _____			
		(宛先) 長野市長	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。
 ○念書、誓約書、事故発生状況報告書 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。