

第三者行為による傷病届

<被害者（被保険者・被扶養者）>

【交通事故】

| | | | | | | | |
|--------------------------|---|-------------------|----|-------------|------|---|--|
| 被保険者 | 記号 | | 氏名 | 男・女 才 | | 事故該当者が本人の場合には口に✓する <input type="checkbox"/> | |
| | 番号 | | 住所 | 〒 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 日中連絡可能な電話番号 | TEL | | |
| 事故該当者 被扶養者 (家族)の場合 | 氏名 | 男・女 才 | | 続柄 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 住所 | 〒 | | 日中連絡可能な電話番号 | TEL | | |
| 治療状況 | 病院名 | | | 主傷病名 | | | |
| | 治療期間 | 自 : 年 月 ~ : 至 年 月 | | 治療中 ・ 治癒 | | | |
| | 病院名 | | | 主傷病名 | | | |
| | 治療期間 | 自 : 年 月 ~ : 至 年 月 | | 治療中 ・ 治癒 | | | |
| 人身傷害 保険確認 | 被保険者又は被扶養者の自動車損害賠償保険契約(任意保険)について 今回の治療にご自身の任意保険の人身傷害補償保険を使用していますか? (いる ・ いない) (いる)の場合は下記↓へ記入 加入保険会社名称()連絡先()担当者名() | | | | | | |

<加害者（事故相手）>

| | | | | | | | |
|-------|------------|----------|--|-------------|-------------------------|--|------|
| 加害者 | 氏名 | 男・女 才 | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 住所 | 〒 | | | TEL | | |
| | 勤務先 名称 | | | | 所属 | | |
| | 勤務先 住所 | 〒 | | | TEL | | |
| 自賠償保険 | 保険会社 名称 | | | 担当部署 | | | 担当者名 |
| | 保険会社 住所 | 〒 | | | TEL | | |
| | 証明番号 | | | 契約期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 保険 契約者 | | | 加害者との 関係 | 本人 / 従業員 / 家族 / その他 () | | |
| 任意保険 | 保険会社 名称 | | | 担当部署 | | | 担当者名 |
| | 保険会社 住所 | 〒 | | | TEL | | |
| | 証明番号 | | | 契約期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 保険 契約者 | | | 加害者との 関係 | 本人 / 従業員 / 家族 / その他 () | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| 備考 | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|

受付日
受印→

登録処理