

第三者行為による傷病届

<被害者（被保険者・被扶養者）>

【交通事故外】

被保険者	記号		氏名	男・女 才		事故該当者が本人の場合は口に✓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 日	~	:	至	年 月 日
	病院名			主傷病名			
	治療期間	自 :	年 月 日	~	:	至	年 月 日
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		
加害者が 未成年等の 場合の 親権者	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	〒					
賠償責任 保険等	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							