

第三者の行為による傷病届

平成 年 月 日

篠栗町長 殿

世帯主 住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

次のとおりお届けします。

法制 一般 ・ 退職

被保険者証記号・番号		個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日 (才)	
	氏名	性別	男・女 職業	
事故の内容	発生日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分頃		
	発生場所			
	事故原因と状況			
	警察署への届	届済 ・ 未届 (いずれか○印)	届出所轄署	警察署
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()	
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
被保険者の人身傷害補償保険について	有・無	損保名[会社] サービスセンター	担当者名[] 電話番号[]	

第三者(相手者)関係	相手者	住所	電話				
		フリガナ	性別	男・女	年令	才	職業
		氏名					
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()					
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)	電話				
		名称					
代表者							
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()					

第三者の 共済 関係	保険会社(又は農協)				共済 保険	証明書番号			
	自 賠 責 保 険	共 保 険 契 約 者	住 所		電 話				
			フリガナ		共済 保 険 期 間		自 平成 年 月 日		至 平成 年 月 日
	相手者の自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号	
	任意保険(対人) の有無		有・ 無	契約保険会社		保険会社(共済) サービスセンター			
				電話番号 ()		担当者			
		証券番号		第		号			

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度			治療終了日【 年 月 日】		
	医療機関の所在地・名称					
	診 療 の 期 間		平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示 談	示談が成立した(平成 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み					
損害賠償金を受領した場合		名 目		金額又は品目		受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが交付する原本) 1部
- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連絡先	住民課	国保・年金係	担当者()
			電話()