

### 第三者行為による傷病届

被保険者に関する事項	被保険者 氏名		保険種別		国保・退職・後期高齢者・介護				
			被保険者番号						
			個人番号						
	住所		静岡県			電話			
	人身傷害保険（補償） 加入の有無		有・無	保険会社名		担当者			
				支店名		電話			
	医療機関名 介護事業所名								
保険診療 介護サービス 開始日		年 月 日 (入院 通院)		年 月 日 (入院 通院)		年 月 日 (入院 通院)			
治療費等支払者		被保険者・相手方 損保会社・使用者		被保険者・相手方 損保会社・使用者		被保険者・相手方 損保会社・使用者			
事故状況	事故発生日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃						
	事故発生場所								
相手方に関する事項	住所		氏名						
			電話						
	相手方の使用者 (相手方が従業中の時)		住所		電話				
			名称・代表者名						
	保険 (共済) 関係	保険(共済) 契約者		住所		自賠責保険（共済）		任意保険（共済）	
				氏名					
		保険（共済）会社							
		契約期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで			
保険（共済）証明書番号									
任意保険（共済）関係		支店名		担当者		電話			

上記のとおりお届けします。

届出人（○で囲む） 被害者側・加害者側・保険代理人

年 月 日

長 様

氏名 \_\_\_\_\_

※お願い 交通事故証明書（原本又は、写）を添付してください。