

第三者行為による傷病届

届出日 年 月 日

大鰐町長 山田 年伸 殿

受給者（被害者）

氏名 (印)

被害者	被保険者番号		氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生	
	住所				個人番号	
	勤務先	名称	所在地		TEL ()	
加害者	氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生			
	住所				TEL ()	
	勤務先	名称	所在地		TEL ()	
加害車両の保険状況	証明書番号 第 号			保険会社名		
	保有者	住所 TEL ()			保険期間	自 年 月 日 至 年 月 日
		氏名			用途及び種別	
	保険契約者	住所 TEL ()			自動車	登録番号又は車両番号
		氏名				車台番号
	運転手	氏名		保有者との関係 ()		使用の本拠の所在地
	任意保険 有・無	証明書番号 第 号			保険会社名	

(注) ①添付書類 自動車事故証明書・念書

②加害車両の保険状況等、届出日現在不明のことについては、一旦空欄のまま提出することし、後日、判明次第連絡してください。

事故状況	日時 年 月 日 午前 午後 時 分頃		場所		
	内容				
示談状況	有 ・ 無 年 月 日 金 円 (示談書添付のこと)	治療費	円	休業補償	円
		入院料	円	見舞金	円
		看護料	円	障害補償	円
		移送料	円	葬祭費	円
		慰謝料	円	その他	円
保険金受領	年 月 日 円	年 月 日 円	年 月 日 円		
診療した医師に関する事項	傷病名	初診	年 月 日	診療	年 月 日から している・していない
		診療見込期間	日間	診療見込額	円
		後遺症	残る・残らない・不明	転帰	年 月 日現在 入院中・通院中・治ゆ・中止
年 月 日		住所	TEL ()		
		医師	氏名		
備考					
					担当氏名
					印