

# 第三者行為による傷病届

年 月 日

田子町長 殿

世帯主 住所

氏名

印

電話

次のとおりお届けします。

被保険者証記号・番号									
被保険者 (被害者)	フリガナ			生年月日	明 大 年 月 日 ( )歳 昭 平				
	氏名			性別	男・女	職業			
事故の内容	発生日時	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	届出済・未届		届出所轄所		警察署			
	心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )						
被害者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気( )							
第三者(加害者)関係	住所								
	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	職業	
	氏名			性別	男・女	年齢	歳	職業	
	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)							
	名称								
	代表者								
	契約者との関係	本人・譲受人・借受人・その他( )							

第三者の自賠責保険(共済)関係	保 険 会 社 ( 又 は 農 協 )		保 険 ( 共 済 ) 証 明 書 番 号		
	保 険 ( 共 済 ) 契 約 者	住 所	電 話		
		フリカ、ナ 氏 名	保 険 ( 共 済 ) 期 間		自 年 月 日 至 年 月 日
	加 害 自 動 車	車 種	プレートナンバー	車 台 番 号	
任 意 保 険 ( 共 済 ) ( 対 人 ) の 有 無		有 ( 無 ) 保 険 株 式 会 社 ( 相 互 ) 会 社 農 業 協 同 組 合			
治 療 関 係	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度				
	医 療 機 関 の 所 在 地 ・ 名 称				
	診 療 の 期 間 ( 見 込 み 期 間 )		年 月 日 以 前 年 月 日 以 来	年 月 日 以 前 年 月 日 以 来	
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 ころ ) ・ 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 名	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発行のもの。写しでもよい。) 1部
- ・交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入する。) 1部
- ・念書(同封の用紙に被害者側で記入する。) 1部
- ・誓約書(同封の用紙に加害者側に記入してもらう。) 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ときまでに分からないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、おって判明次第連絡して下さい。

3. 添付書類についても、すぐそろわないものはあとで提出して下さい。

4. くわしいことは、下記におたずねください。

連絡先	住民課 福祉グループ	電 話 (0179-20-7119)
-----	------------	--------------------