

第三者行為による傷病届

被保険者証の 記号番号	52-30-31	(フリガナ)		男	生年月日	
		氏名		女	昭・平・令	
	個人番号					年 月 日
事故発生年月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃					
事故発生の具体的原因とその詳しい状況	(場所) (原因と状況)					
加害者に 関する 事項	本人	住所		電話	()	
		氏名		職業		
	使用主	所在地				
		名称				
		代表者		電話	()	
	自動車事故の場合					
	種 別			自賠償保険	任意保険	
	自動車四輪 自家用二輪 営業者 その他()		保険会社名			
	登録番号 (ナンバー)		保険証書の 記号番号			
	車 体 番 号		保険契約者の 住所氏名			
医師の 事項	疾病名及び 疾病の程度	初診年月日	令和 年 月 日			
		国保診療	年 月 日～ 年 月 日			
		診療見込期間	月(日)間程度			
病院名 医師の氏名				電話	()	
	加害者が不明な場合 (詳細な理由を記入)					
<p style="text-align: center;">上記のとおりお届けいたします。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 日の出町大字 平井 大久野</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">日の出町長 殿</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>						

※届出日現在不明の点については、後日電話等によりご連絡ください。