

# 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				
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。