

第三者行為による傷病届(傷害)

項 目	内 容			
届出者・届出先	被保険者証記号番号 / 保険者名	被保険者証記号番号 鯿国	保険者名 鯿ヶ沢町	
	保険者の住所(届出先)	〒		
	被保険者氏名 <small>※国民健康保険の場合は世帯主氏名</small>	ふりがな 氏名		
(被害者) 被 害 者	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	男性 / 女性	歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日	
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
	備 考			
受 傷 の 状 況	受傷日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃		
	受傷場所			
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか 具体的に記入してください。)			
	警察署への届出	届済 (届出先:) ・ 未届 (いずれかに○印)		
加害者に関する事項	氏名 / 性別 / 年齢	ふりがな 氏名	男性 / 女性	歳
	生年月日	年 月 日		
	住所 / 電話	〒	TEL ()	
	備考			
個人賠償保険※	保険会社名			
	取扱店所在地 / 電話	〒	TEL ()	
	担当者名 / E-mail	ふりがな 氏名	E-mail	
	保険契約者名	ふりがな 氏名		
	住 所	〒		
	保険期間 / 契約番号	保険期間 年 月 日 ~ 年 月 日	契約番号	
治 療 状 況	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
		〒	TEL ()	
	所在地	〒	入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日 / 電話	診療機関名	治療開始日 年 月 日	
〒		TEL ()		
所在地	〒	入院の有無	有 / 無	

※加害者が賠償保険に加入している場合、ご記入ください。