

第三者行為による傷病届

被 保 険 者 ・ 医 療 受 給 者	氏名		電話			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生( 歳)				
	被保険者証・記号番号		個人番号			
	事故発生日	平成 年 月 日 午前・後 時 分頃				
	事故場所					
	病院名		診療期間		転帰欄	治癒・継続
						治癒・継続
						治癒・継続
被保険者	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他( )					
相手方	徒歩・自転車・単車・乗用車・その他( )					

相 手 方	氏名		男・女		年齢	歳	
	住所	電話					
	勤務先	電話					
	保険・契約者	氏名					
		住所	電話				
	保有者との関係	本人・従業員・親族(続柄 )・その他					
	自動車	車両番号(ナンバープレート)					
	自賠償保険	会社名		証明書番号			
任意保険	会社名		担当者名				

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

中種子町長 殿

住所 鹿児島県熊毛郡中種子町

世帯主

氏名

