

※ 支払給	伺年月日	令和 年 月 日	決 裁	常務理事	事務長	事務次長	担当	被扶養者台帳照合印
	支払年月日	令和 年 月 日						
	支給額							
決議書	法定		資 格	得	年 月 日	療	得	年 月 日
	付加			喪	年 月 日	養	喪	年 月 日

第三者の行為による傷病届

◎「※」印欄は記入しないでください。

被 保 険 者	被保険者証の記号・番号(左詰め)				被保険者の (申請者) 氏 名	(フリガナ)	(フリガナ)
					(氏)	(名)	
	※押印不要の為、次頁確認欄に☑が必要です。						
	事故に 遭われた 方の 氏 名 続 柄 生年月日	(フリガナ)	(フリガナ)	(氏)	(名)	事業所 の	名 称
	生 年 月 日	続 柄	昭和 平成 令和	年 月 日		所在地	
	住所	郵便番号				担当者	
					(フリガナ)	電話番号	
					(氏)	(名)	
	勤務先	名 称	郵便番号			電話番号	
		所在地					
記 入 す る	事故発生 の日時・ 場所	日時	年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分 (ごろ)		
		場所					
	事故発生の原因 とその状況をわ かりやすく記載 してください。 (被害者と第三 者の行動や傷病 発生の原因やそ の状況など) なお、別紙によ る添付でも結構 です。						
傷 病 名							
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 の 所 在 地 と 名 称	名 称	電話番号					
	所在地	郵便番号				(フリガナ)	
この届けに添 えて提出する 書類	1. 事故当事者の運転免許証の写し 2. 自動車事故証明書 3. 診断書の写し 4. 示談をしているときは示談書の写し						

被 保 者	治療費を支払っている者の 住所・氏名・電話		健康保険使用の場合(年 月 日より)		
			自由診療の場合(年 月 日より)		
	警察署への届け出の有無 相手との話し合いの状況 (できるだけ詳しくお書き ください)		1.届出済(年 月 日 2.届けていない		
者 が 記 入 す る と こ ろ	自動車保有者の住所・氏名		〒	住所	
			氏名	電話番号	
	第三者の自動車保険	強制保険会社	所在地	〒	住所
			名称		
			担当者	氏名	電話番号
		任意保険会社	所在地	〒	住所
			名称		
			担当者	氏名	電話番号
	第三者の自動車保険(自賠責)	保険契約者の住所・氏名		〒	住所
				氏名	電話番号
		証明書番号		第	号
		保険契約期間		自	年 月 日 ~ 至 年 月 日
第三者の自動車保険(対人)	所在地		〒	住所	
	名称				
	担当者		氏名	電話番号	
	保険契約者の住所・氏名		〒	住所	
		氏名	電話番号		
証明書番号		第	号		
保険契約期間		自	年 月 日 ~ 至 年 月 日		
その他参考事項					
確認欄	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。				
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。				

年 月 日提出

(記入上の注意)

●該当番号はマル(O)で囲み、必要事項を漏れなく記入してください。

受付印

受付印