

第三者行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者・届出先	被保険者番号 / 保険者番号(保険者名)	被保険者番号	保険者番号(保険者名) 340059 尾道市		
	保険者の住所(届出先)	〒722-8501 尾道市久保一丁目15番1号 尾道市役所 保険年金課 申請給付係			
	世帯主氏名	フリガナ 世帯主 氏名			
(被害者)	氏名 / 年齢	フリガナ 氏名			歳
	続柄 / 生年月日	届出者との関係	年 月 日		
	住所 / 電話			TEL	
	備考				
(加害者)	氏名 / 年齢	フリガナ 氏名	生年月日		歳
	住所 / 電話			TEL	
事故発生	事故発生日時	年 月 日 午前 / 午後 時 分頃			
	事故発生場所				
自賠責保険(加害者)	保険会社名				
	保険契約者名	フリガナ 氏名			
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間 / 自賠責番号	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日		自賠責番号
任意保険(加害者)	保険会社名				
	取扱店所在地 / 電話			TEL ()	
	担当者名 / E-mail	フリガナ 氏名	E-mail		
	保険契約者名	フリガナ 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
	任意対人一括の有無				
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有 / 無	保険会社名・担当者名	TEL ()	
治療状況	傷 病 名				
	診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日		
	所 在 地	〒		入院の有無	有 / 無
	診療機関名 / 治療開始日	診療機関名	治療開始日 年 月 日		
	所 在 地	〒		入院の有無	有 / 無

本件は、労災保険の給付対象となる業務上又は通勤による交通事故ではありません。

(注)保険会社の関与が「有」の場合には、有無の欄の右の欄に当該保険会社名、電話番号、担当者名を記入して下さい。

(自賠責共済、任意共済の場合には、自賠責保険、任意保険の各欄に「保険」を「共済」と読み替えてその内容を記載して下さい。)