

## 第三者行為による傷病届(その他)

項目		内容			
届出者	被保険者 記号・番号	記号  原	番号		
	氏名/生年月日	ふりがな 氏名	生年月日 年 月 日		
	住所/電話番号	〒	TEL ( )		
被害者 (受診者)	氏名/続柄/ 生年月日	ふりがな 氏名	届出者との続柄	生年月日 年 月 日	
	住所/電話	〒	TEL ( )		
加害者 (第三者)	氏名	ふりがな 氏名			
	住所/電話	〒	TEL ( )		
発生状況	発生日時	年 月 日 午前/午後 時 分頃			
	発生場所				
賠償責任保険 (加害者)	保険会社	保険会社名		担当部署	
	所在地/電話	〒	TEL ( )		
	担当者/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 第 号	
治療状況	診療機関名/入院/ 治療期間	① 診療機関名	入院 有/無	治療開始日 治療終了(見込)	年 月 日 年 月 日
	住所/電話番号	〒			TEL ( )
	※治療終了(見込)に ついては可能な範囲 でご記入ください。	② 診療機関名	入院 有/無	治療開始日 治療終了(見込)	年 月 日 年 月 日
		〒			TEL ( )
		③ 診療機関名	入院 有/無	治療開始日 治療終了(見込)	年 月 日 年 月 日
〒			TEL ( )		

※ 次の書類を添付してください。

○念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通ずつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。