

第三者行為による傷病届

被保険者に関する事項	被保険者 氏 名		保 険 種 別		国保・退職・後期高齢者・介護			
			被保険者記号番号					
			個 人 番 号					
	住 所		静岡県		電 話			
	人身傷害保険（補償） 加入の有無		有・無		保険会社名		担当者	
					支 店 名		電 話	
	医療機関名 介護事業所名							
保 険 診 療 介護サービス 開 始 日		年 月 日 (入院 通院)		年 月 日 (入院 通院)		年 月 日 (入院 通院)		
治療費等支払者		被保険者・相手方 損保会社・使用者		被保険者・相手方 損保会社・使用者		被保険者・相手方 損保会社・使用者		
事故状況	事故発生日時		年 月 日 午前・午後 時 分頃					
	事故発生場所							
相手方に関する事項	住 所		氏 名					
			電 話					
	相手方の使用者 (相手方が従業中の 時)		住 所		電 話			
			名称・代表者名					
	保 険 (共 済) 関 係			自賠償保険（共済）		任意保険（共済）		
		保険(共済) 契約者		住 所				
				氏 名				
		保険（共済）会社						
契 約 期 間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで				
保険（共済）証明書番号								
任意保険（共済）関係		支店名		担当者		電 話		

上記のとおりお届けします。

届出人（○で囲む）被害者側・加害者側・保険代理人

年 月 日

(宛先) 湖 西 市 長

氏名 _____

※お願い 交通事故証明書（原本又は、写）を添付してください。