

様式第3号

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	年 月 日生 (歳)						
	被保険者証・記号番号				個人番号			
	事故発生日	年 月 日 午前・後 時 分頃						
	事故場所							
	病 院 名			診 療 期 間	. . ~ . .		転 帰 欄	治ゆ・継続・()
					. . ~ . .			治ゆ・継続・()
					. . ~ . .			治ゆ・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。

年 月 日
長様

住所
世帯主
氏名 印