

# 第三者行為による傷病届

年 月 日

(あて先) 横 浜 町 長 殿

住所 \_\_\_\_\_

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり関係書類を添えて届けます。

被 保 険 者	被保険者記号・番号	横国				
	氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	被保険者の個人番号					

事 故 の 状 況	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分 頃	場所	
	内 容			

※交通事故の場合は記載不要。詳細は事故発生状況報告書のとおり

相 手 方	氏名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所		電話		職業	
	車両保有者（所有者）との関係 → 本人・従業員・親族・その他 ( )					

相 手 車 両 の 状 況	保有者	氏名		住所			
	自賠責保険の契約者との関係 → 本人・譲渡人・借受人・その他( )						
	自賠責保険	契約者		住所			
		会社名			証明書番号	第	号
		期間	年 月 日 ~ 年 月 日		用途及び種別		
登録番号又は車両番号				車台番号			
任意保険	有・無	会社名			証券番号		
治 療 の 状 況	傷病名				治癒・治療中止 ( 年 月 日現在)		
	治療期間	年 月から 月まで 日間			医療機関名		
	治療期間	年 月から 月まで 日間			医療機関名		
示談状況		成 立 ・ 交 渉 中 し て い な い (示談をした場合は示談書の写しを添付)					

○不明な点がある場合には横浜町役場町民課国保衛生グループ (☎0175-78-2111) へお問い合わせください。