

第三者行為による傷病届

被害者	被保険者 記号番号		05— ・ (枝番)		個人番号													
	氏名					生年月日	年 月 日				世帯主との続柄							
事故の状況	発生日時	年 月 日 午前 午後 時 分頃				発生場所												
	原因及びその状況																	
加害者に関すること	氏名					使用者	法人名											
	住所						所在地											
	電話			職業			代表者			電話								
	自賠責保険	名称	保険会社				証明書番号	第 号										
		契約者住所					契約者氏名											
	任意保険	有・無	名称	保険会社				支店		担当者								
所在地							電話											
被害の状況	傷病名				事故の けがの 診療	初診年月日		年 月 日										
						国民健康保険利用		有・無	年 月 日から									
	医療機関名	(事故等のけがの診療で利用した医療機関、薬局等を全て記載)				治癒までの見込み	全治	日間(見込)										
							後遺症	残る・残らない・不明										
	損害賠償に関する交渉経過		相手方との交渉の内容	(医療費の負担状況、損害保険の適用状況、受領した金品の内訳、今後の見通し、代理人の有無等を記載)														
示談について																	有・無	有の場合、示談書の写しを添付してください。
上記のとおりお届けします。 年 月 日 住所 文京区 丁目 番 号 文京区長 殿 世帯主 氏名 電話 ()																		