

常務理事		

第三者の行為による傷病届

◎ 該当文字を○でかこみ、必要事項を記入してください。

負傷者	被保険者証の記号番号	記号 100 番号	被保険者の氏名		㊟
	連絡先 (電話番号)	(内線) (自宅) - - (携帯) - -	被扶養者に関するものであるときはその者の氏名		

事故内容	傷病名		発生日月日	令和 年 月 日 午前・午後 時 分ごろ
	発生場所			
	発生の原因及び状況			

受診した医療機関等	医療機関名		所在地	(電話番号) - -
	医療機関名		所在地	(電話番号) - -
	転帰	平成 年 月 日現在 治癒・中止・継続中	治療見込み期間	約 日間 月間

相手方	氏名及び性別	男・女	生年月日	明大 年 月 日 昭平
	住所	〒 -		(電話番号) - -
	相手方が判らないときはその理由			

相手方自動車保険の状況	自賠責保険	保険会社 の名称	(電話番号) - -
		証明書 番号	契約者氏名
	任意保険	保険会社 の名称	(電話番号) - -
		契約証 番号	契約者氏名

示談	示談していない ・ 示談した (令和 年 月 日)
----	---------------------------

※ 添付書類の提出が義務付けられています。

- ① 交通事故証明書 (自動車安全運転センターが発行。)
- ② 事故発生状況報告書 ③ 念書
- ④ 誓約書 (相手方が記入する書類。過失割合などにより相手方に依頼できないときは不要。)

[受付印]