

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

受付印

被保険者等	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳			
	氏 名								性 別	男・女	世帯主 との続柄		
	住 所								電 話 番 号	() —			
	保 険 者 番 号		3	9	2	0				心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()		
	被 保 険 者 番 号									事故発生日時	年 月 日		
	事 故 発 生 場 所									午前・午後 時 分頃			
	傷 病 名 及 び 傷 病 の 程 度								治療の見込	入院 日 通院 日 費用 円 終了 年 月 日			
	保 険 医 療 機 関 等 名								治療等期間	～ ～ ～			
相手方(第三者)	事故当事者	フリガナ								生年月日	年 月 日生()歳		
		氏 名								性 別	男・女	職業	
		住 所								電 話 番 号	() —		
										心身の状況	正常・わき見・いねむり・疲労 飲酒・無免許・病気()		
		車両保有者 との関係		1. 本 人 (事故当事者と車両保有者が同じ場合) 2. 本 人 以 外 (親 族・従業員・その他())									
	車両保有者	自賠契約者 との関係		1. 本 人 (車両保有者欄への記載は不要です) 2. そ の 他 ()									
		会 社 名								住 所			
		氏 名								電 話 番 号	() —		
	自賠責保険	保 険 有 無 証 書 番 号		有・無	第		号		電 話 番 号	() —			
		保 險 会 社 名								契 約 期 間	自 年 月 日 至 年 月 日		
		契 約 者 住 所								氏 名			
	任意保険	保 険 有 無 証 書 番 号		有・無	第		号		電 話 番 号	() —			
		保 險 会 社 名											
支店サービス センター								担 当 者					
高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第46条の規定により、関係書類を添えて届け出ます。 被保険者 年 月 日 住 所 電 話 () — 長野県後期高齢者医療広域連合長あて 氏 名													

※ 次の書類を添付してください。

○交通事故証明書(人身事故)、念書、事故発生状況報告書、誓約書 各1通づつ

※ この届出書の記載内容でわからないことがあれば、空白のまま提出し、おって判明次第連絡してください。

※ 添付書類について、すぐにそろわないものは後日提出してください。

※ 示談をしている場合には、示談書写しを提出してください。