

受付印

## 第三者行為による傷病届(自転車)

|                   |                                      |                                                                               |        |                                                                                     |         |     |
|-------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 被保険者等             | フリガナ                                 | キュウフ ジロウ                                                                      | 生年月日   | 昭和12年12月17日生(82)歳                                                                   |         |     |
|                   | 氏名                                   | 給付 二郎                                                                         | 性別     | 男・女                                                                                 | 世帯主との続柄 | 本人  |
|                   | 住所                                   | 長野県広城市広域連合1番地                                                                 | 電話番号   | (000) 000 - 0000                                                                    |         |     |
|                   | 保険者番号                                | 3 9 2 0 1 2 3 4                                                               | 心身の状況  | 正常・わき見・いねむり・疲労<br>飲酒・無免許・病気( )                                                      |         |     |
|                   | 被保険者番号                               | 0 1 2 3 4 5 6 7                                                               | 事故発生日時 | 令和00年00月00日                                                                         |         |     |
|                   | 事故発生場所                               | 00市00町00番地先路上                                                                 |        | 午前・午後00時00分頃                                                                        |         |     |
|                   | 傷病名及び傷病の程度                           | 頸椎捻挫<br>骨盤骨折                                                                  | 治療の見込  | 入院 30 日 通院 15 日<br>費用 2,000,000 円<br>終了 令和00年00月00日                                 |         |     |
|                   | 保険医療機関等名                             | 00病院<br>00整形外科<br>00薬局                                                        | 治療等期間  | 令和00年00月00日 ~ 令和00年00月00日<br>令和00年00月00日 ~ 令和00年00月00日<br>令和00年00月00日 ~ 令和00年00月00日 |         |     |
| 相手方(第三者)          | フリガナ                                 | コウキ タロウ                                                                       | 生年月日   | 昭和30年1月1日生(65)歳                                                                     |         |     |
|                   | 氏名                                   | 後期 太郎                                                                         | 性別     | 男・女                                                                                 | 職業      | 会社員 |
|                   | 住所                                   | 00市00町000番地<br>0000アパート0000号室                                                 | 電話番号   | (000) 000 - 0000                                                                    |         |     |
|                   | 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)<br>2. 本人以外(親族・従業員・その他( ))                             |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 事故当事者との関係                            | 1. 本人(車両保有者欄への記載は不要です)<br>2. その他( )                                           |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 会社名                                  | 0000株式会社                                                                      | 住所     | 00市00000番地<br>00ビル                                                                  |         |     |
|                   | 氏名                                   | 代表 00 00                                                                      | 電話番号   | (000) 000 - 0000                                                                    |         |     |
|                   | 個人賠償保険                               | 有/無 第 98-7654321 号                                                            | 電話番号   | (000) 000 - 0000                                                                    |         |     |
|                   | 保険有無証書番号                             | 00火災保険株式会社                                                                    |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 支店サービスセンター                           | 00サービスセンター                                                                    | 担当者    | 00 00                                                                               |         |     |
| 受傷の状況             | 受傷日時                                 | 令和00年00月00日 午前・午後 00時00分00頃                                                   |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 受傷場所                                 | 00市00町00番地先路上                                                                 |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 受傷原因と状況<br>(どのようにして受傷したか具体的に記入して下さい) | 被保険者が横断歩道を歩いて横断していたところ、右横から自転車できた<br>相手方に轢かれて受傷。                              |        |                                                                                     |         |     |
|                   | 警察への届出                               | 届済 / 未届 (いずれかに○印)                                                             |        |                                                                                     |         |     |
| 上記のとおりお届けします。     |                                      |                                                                               |        |                                                                                     |         |     |
| 令和 00 年 00 月 00 日 |                                      | 被保険者<br>住所 広城市広域連合1番地<br>電話 ( 000 ) 000 - 0000<br>長野県後期高齢者医療広域連合長 あて 氏名 給付 二郎 |        |                                                                                     |         |     |

※ 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。