

受付印

第三者行為による傷病届(傷害)

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	長野県広域市広域連合1番地		電話番号	(000) 000-0000													
	保険者番号	3	9	2	0	1	2	3	4	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
	傷病名及び傷病の程度	頸椎捻挫 骨盤骨折		治療の見込	入院 30 日 通院 15 日 費用 2,000,000 円 終了 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日													
	保険医療機関等名	〇〇病院 〇〇薬局		治療等期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日													
相手方(第三者)・賠償責任保険	フリガナ	コウキ イチロウ		生年月日	昭和30年1月1日生(65)歳													
	加害者	後期 一郎		性別	男・女	職業	会社員											
	住所	〇〇市〇町〇〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室		電話(自宅)	(000) 000-0000													
	連絡先(勤務先)	(000) 000-0000		電話(携帯)	(000) 000-0000													
	フリガナ			生年月日	年 月 日生()歳													
	保護責任者使用者			性別	男・女	職業	会社員											
	住所	〇〇市〇町〇〇〇番地 〇〇〇〇アパート〇〇〇号室		電話(自宅)	(000) 000-0000													
	連絡先(勤務先)	(000) 000-0000		電話(携帯)	(000) 000-0000													
	加害者との関係	相手方に賠償責任保険の加入がある場合は必須																
	保険有無 証券番号	有 / 無	第 98-7654321 号	電話番号	(000) 000-0000													
賠償責任保険会社名	〇〇火災保険株式会社																	
支店サービスセンター	〇〇サービスセンター		担当者	〇〇 〇〇														
受傷の状況	受傷日時	令和〇年 〇月 〇日 午前・午後 〇〇時 〇〇分 頃																
	受傷場所	〇〇市〇町〇〇番地先路上																
	受傷原因と状況 (どのようにして受傷したか具体的に記入して下さい)	被保険者が駅に向かって歩いていたら、相手方に殴られ受傷した。																
警察への届出	届済 / 未届 (いずれかに○印)																	
保健所への届出	届済 / 未届 (いずれかに○印)																	
示談の状況	有 / 無 (いずれかに○印)																	
上記のとおりお届けします。																		
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				被保険者住所 広域市広域連合1番地														
				電話 (000) 000 - 0000														
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。
○念書、誓約書、事故発送状況報告書 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。