

第三者の行為による傷病届

年 月 日

大川市長 殿

世帯主 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

次のとおりお届けします。

被保険者記号・番号											
被保険者	フリガナ							生年月日	年 月 日		
	氏名							性別	男・女	職業	
	個人番号										
事故の内容	発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	発生場所										
	事故原因と状況										
	警察署への届	届済・未届 (いずれか○印)					届出所轄署			警察署	
	心身の状況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()								
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()									
被保険者の人身障害補償保険について	有・無	損保名[_____]			会社[_____]			サービスセンター			
		担当者名[_____]]電話[_____]						

第三者(相手者)関係	相手者	住所											
		フリガナ							電話				
		氏名							性別	男・女	年齢	才	職業
	保有者との関係	本人・従業員・親族・その他 ()											
	保有者(所有者・使用主)	住所(所在地)											
		名称											
代表者													
契約者との関係		本人・譲受人・借受人・その他 ()											
		電話 _____											