

第三者の行為による傷病届

年 月 日

島田市長

住所
世帯主 氏名
電話番号

次のとおり届け出ます。

被害者	被保険者証の記号番号		種別	一般	退本	退扶
	被保険者の氏名及び生年月日		年 月 日	世帯主との続柄		
	被保険者の住所及び電話番号		電話番号			
加害者	氏 名		職業			
	住所及び電話番号		電話番号			
	使用者又は監督者	住所及び電話番号	電話番号			
事故の内容	発生の日時		年 月 日	時	分	ごろ
	発生場所					
	事故の原因及び状況			事故の発生時の略図		
診療事項	医療機関名 国保診療開始日		入院 年月日 通院	転院 年月日	入院 年月日 通院	
	治療費の負担		1 被害者	2 加害者	3 使用者	4 保険会社
加害自動車に関する事項	保険の種類		自賠責保険		任意保険	
	保険契約者	住所				
		氏名				
	契約保険会社					
	保険契約期間		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで	
	保険証券番号					
自動車の種別		登録番号		車台番号		
任意保険	事故取扱店	担当者 (電話番号)		事故受付整理番号		

備考 交通事故証明書の写しを添付してください。