

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

被保険者記号・番号			
被 保 険 者 氏 名 ^{ふりがな}		(生年月日)	男・女
		年 月 日	
被 保 険 者 住 所		TEL	
発 生 日 時		年 月 日 午前/午後 時 分頃	
発 生 場 所			
第三者傷害の区分		けんか ・ 犬かまれ ・ その他 ()	
事故発生当時の状況			
第三者（加害者）氏名 ^{ふりがな}		(生年月日)	男・女
		年 月 日	
第三者（加害者）住所		TEL	
受 診 医 療 機 関 等 名		(治療開始日 年 月 日)	
示 談 の 状 況		成立した ・ 成立しない ・ 交渉中 (年 月 日現在)	
第三者（加害者） 損 害 保 険 会 社	加 入 の 有 無	有 ・ 無	
	保 険 会 社 名		
	保 険 証 券 番 号		
上記のとおりお届けします。 年 月 日 氏 名 彦 根 市 長 様 印 ※署名又は記名押印			