

第三者行為による傷病届

被害者氏名 生年月日													
被保険者証の(記号)番号													
保険の種別		個人番号(12桁)											
国保													
退職者(本人・家族)													
加害者	本人	住所					氏名	年 月 日生(電話)					
	使用者	住所					名称	代表者	(電話)				
事故の状況	発生日時	年 月 日		時 分頃									
	発生場所												
	事故原因および状況												
診療関係	傷病名および傷病の程度						初診	年 月 日					
							治療までの見込み	入院 通院 費用	日 日 円				
	医療機関	住所					名称						
		住所					名称						
損害賠償関係	示談等の交渉状況												
	自賠責保険	保険会社	住所					名称	(電話)				
		保険契約者	住所					氏名					
		保有者	住所					氏名					
		運転者	住所					氏名					
	保険証明書の番号							保険期間					
	車種			登録番号				車台番号					
	任意保険	保険会社	住所					名称	(電話)				
		保険証券の番号							保険期間				

上記のとおり届けます。

年 月 日

住所

氏名



彦根市長 様