

第三者行為・自損行為による傷病届

項 目		内 容			
届出者	保険証の記号番号				
	被保険者名	(印)			
被害者	氏名・性別・続柄				
	生年月日・年齢				歳
	住所・電話				TEL
加害者	氏名・性別・年齢				歳
	住所・電話				TEL
事故発生	事故発生日時				
	事故発生場所				
自賠責保険(加害者)	保険会社名				
	保険契約者名				
	登録番号				
	車台番号				
	保険期間／自賠責番号				
任意保険(加害者)	任意保険加入の有無				
	任意対人一括の有無				
	保険会社名				
	取扱店所在地・電話				TEL
	担当者名				
	保険契約者名				
	住所				
	保険期間／契約番号				
被害者加入の保険会社関与の有無		会社名	担当者名	TEL	
治療状況	診療機関名／治療開始日／電話			TEL	
	所在地			入院の有無	
	診療機関名／治療開始日／電話			TEL	
	所在地			入院の有無	

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。