

どちらかに○を付してください。

日中連絡がとれる連絡先をご記入ください。

**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	591-1	
	被保険者名	健保 太郎	印
被害者	氏名・性別・続柄	健保 花子 女 長女	
	生年月日・年齢	H 9 . 5 . 2 8	18 歳
	住所・電話	名古屋市東区泉一丁目 23-22	TEL 052-952-0000
加害者	氏名・性別・年齢	健保 一郎 男	19 歳
	住所・電話	名古屋市中村区名駅南 1-00-00	TEL 052-000-0000
事故発生	事故発生日時	平成 28 年 2 月 23 日 12 : 10 頃	
	事故発生場所	名古屋市中村区〇〇	
自賠責保険(加害者)	保険会社名	△△海上火災	
	保険契約者名	健保 一郎	
	登録番号	名古屋〇〇××××	
	車台番号	F C 3 S - △△△△△△	
	保険期間/自賠責番号	H27. 12. 15~H28. 12. 15	H081-4638-2
任意保険(加害者)	任意保険加入の有無	有	
	任意対人一括の有無	有	
	保険会社名	××海上	
	取扱店所在地・電話	名古屋市△△	TEL 052-000-000
	担当者名	〇〇 〇〇	
	保険契約者名	健保 一郎	
	住所	名古屋市中村区名駅南 1-00-00	
	保険期間/契約番号	H27. 12. 15~H28. 12. 15	281681××
被害者加入の保険会社関与の有無(注)		有	会社名〇〇海上 担当者名〇〇〇〇 TEL052-0000-0000
治療状況	診療機関名/治療開始日/電話	愛知県〇〇病院	H28. 2. 23 TEL052-0000-0000
	所在地	名古屋市西区△△△-××	入院の有無 有
	診療機関名/治療開始日/電話	「有」の場合は、保険会社名、担当者名、連絡先をご記入ください。	
	所在地		

本件は、業務上又は通勤による交通事故ではありません。