

(様式4号)

### 第三者行為による傷病届

被害者		フリガナ	コク	ホ	タ	ロウ	世帯主との続柄	被保険者証記号番号	
		氏名 国保太郎						本人	〇国〇585-123
		明・大・ <input checked="" type="radio"/> 平〇年〇月〇日生(〇歳)						後期高齢者被保険者番号	
第三者	本人	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号				電話	〇〇〇〇-55-1234	
		フリガナ氏名	カ	ガイ	ジ	ロウ	大昭	〇年〇月〇日生	
	使用者	住所名称代表者名	〇〇市〇〇区〇〇〇町一丁目2番3号 〇〇商事株式会社 取締役社長 〇山〇男				電話	〇〇-〇〇〇-5678	
事故の状況	発生日時	平成〇年〇月〇日					午前	〇時〇分頃	
	発生場所	〇〇市〇〇〇町三丁目2番15号地先							
	原因・状況	道路を横断していて、停車車輛の右側を走行してきた加害者運転の普通乗用車と衝突した。							
診療関係	傷病名	骨盤骨折				初診日	〇年〇月〇日		
						国保(後高)開始日	〇年〇月〇日		
	治療までの見込み	入院 〇日		通院 〇日		費用	円		
損害賠償関係	保険医療機関	住所名称	〇〇市〇〇町一丁目3番5号 〇〇病院				電話	0000-00-0000	
	示談等の交渉状況	未交渉							
	自賠責保険	保険会社名	〇〇火災海上保険		電話	0000-00-0000		担当者	〇中〇男
任意保険		契約者名	加害次郎		証明書番号	AB1234567			
	保有者	住所	〇〇市〇〇町一丁目1番1号						
		氏名	加害次郎						
	任意保険	保険会社	住所	〇〇市〇〇町二丁目3番4号		名称	△△海上火災保険		
			名称	△△海上火災保険		電話	0000-00-0000		
		証券番号	9123456789		保険期間	〇		担当者	〇谷〇義

上記のとおりお届けします。

〇年〇月〇日

住所 〇〇市〇〇〇町四丁目5番11号

電話

氏名 国保太郎

池田市長 様

(注)被保険者が未成年者の場合は、親権者又は世帯主が届出てください。

◎該当箇所に必ず〇を付してください。

◎「交通事故証明書」のとおり記載されているか確認してください。

◎第三者が業務上で事故を起こした場合等で、使用者の責任を問えるときは記入を必要とします。

◎病院に問い合わせ、分かれば記入してもらってください。

◎間違いがないか「交通事故証明書」と確認してください。

◎任意保険があるときは記入してください。また、事故発生日が保険期間内かどうかを確認してください。