

# 第三者の行為による傷病届

年 月 日 提出

届出者	被保険者の記号番号	(記号) (番号) * 記号・番号が不明なときは、個人番号を記入して下さい		
	被保険者の氏名			
（受被 診害 者者）	氏名・性別・年齢	(氏名)	(性別) 男・女	(年齢) 歳
	続柄・生年月日	(届出者との続柄)	(生年月日)	年 月 日
	住所・電話番号	〒	☎	
事故 状況	事故の内容	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> その他( )		
	事故発生日時	年 月 日	午前・午後	時 分頃
	事故発生場所			
	事故の内容			
（加 害 者 手 者）	氏名・性別・年齢	(氏名)	(性別) 男・女	(年齢) 歳
	住所・電話番号	〒	☎	
（加 害 者 の 自 保 険 責 任 ）	保険会社名			
	契約者氏名・続柄	(氏名)	(加害者との関係)	
	自賠責番号・登録番号	(自賠責証書番号)	(登録番号) *ナンバープレート	
	保険期間	年 月 日	～	年 月 日
（加 害 者 の 任 意 保 険 責 任 ）	保険会社名			
	所在地・電話番号	(取扱店の所在地) ☎		
	担当者・担当部署	(取扱店担当者名)	(部署)	
	保険契約者氏名			
	保険契約者住所	〒		
	証書番号・任意一括	(証書番号)	(任意一括) 有・無	
	保険期間	年 月 日	～	年 月 日
（被 害 者 の 任 意 保 険 責 任 ）	保険会社名			
	契約者氏名・続柄	(氏名)	(被害者との関係)	
	所在地・電話番号	〒	☎	
	担当者・担当部署	(取扱店担当者名)	(部署)	
（治 療 状 況 等 ）	診療機関名・治療開始日	(診療機関名)	(治療開始日)	年 月 日
	所在地・電話番号	〒	☎	
	負傷状態・入院の有無	(入院の有無) 有・無		
	示談又は和解	<input type="checkbox"/> 示談・和解済	<input type="checkbox"/> 交渉中	<input type="checkbox"/> 示談・和解はしない

任意一括とは、加害者の任意保険会社が自賠責保険も一括で対応することをいいます。  
示談・和解を行ったときは、示談・和解内容がわかるもの(示談書等)を添付してください。

キクチ健康保険組合 殿