

第 三 者 の 行 為 に よ る 傷 病 届

令和 年 月 日

みやこ町長 殿

世帯主 住 所
氏 名
電 話

署名または
記名・押印

次のとおりお届けします。

被保険者記号・番号											
被保険者	フリガナ				生年月日	大 昭 年 月 日 (才)					
	氏 名				性別	男・女	職業				
事故の内容	発 生 日 時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃									
	発 生 場 所										
	事故原因と状況										
	警 察 署 へ の 届	届 済 ・ 未 届 (いづれか○印)				届出所轄署		警察署			
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()								
被保険者		正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()									
被保険者の人身傷害補償保険について		有 ・ 無	損 保 名 [会社] サービスセンター 担当者名 [] 電話番号 []								

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所	電話								
		フリガナ				性別	男・女	年令	才	職業	
		氏 名									
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 ・ 親族 ・ その他 ()									
	保有者 (所有者 ・ 使用主)	住 所 (所在地)	電話								
		名 称									
		代 表 者									
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()									

第三者の 共済関係	自賠責保険	保険会社(又は農協)				共済 証明書番号			
		共済 契約者	住 所		電 話				
			フリガナ				共済 保 險 期 間	自 令和 年 月 日	
			氏 名					至 令和 年 月 日	
	相手者の自動車		車種			登録番号 車両番号	プレートナンバー	車台 番号	
	任意保険(対人) の有無		有・無	契約保険会社		保険会社(共済) サービスセンター			
						電話番号 ()		担当者	
証券番号				第 号					

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度				治療終了日 【令和 年 月 日】
	医療機関の所在地・名称				
	診 療 の 期 間		令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示 談	示談が成立した(令和 年 月 日) ・ 交渉中 ・ 示談はしない 示談をする予定(月ごろ) ・ 裁判の見込み				
損害賠償金を受領した場合		名 目		金額又は品目	受領年月日

注1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

第三者(相手者)関係

- 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入) 1部
- 念書(同封の用紙に被保険者側で記入) 1部
- 誓約書(同封の用紙に相手者側で記入) 1部
- 同意書(同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) 1部
- 示談書の写し(示談書が作成されている場合のみ) 1部

2. この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、

一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。

3. 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。

4. 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連 絡 先	保険福祉課	医療保険係	担当者 ()
			電 話 ()

第三者の行為による傷病届

令和 〇〇年〇〇月〇〇日

みやこ町長 殿

世帯主 住所 届出者の住所

氏名 届出者の氏名

署名または
記名・押印

電話 届出者の電話番号

次のとおりお届けします。

被保険者記号・番号		134-〇〇〇〇〇〇〇〇			
被保険者	フリガナ	カナ	生年月日	大 昭 平 令	〇年〇月〇日 (〇才)
	氏 名	被保険者の氏名	性別	男・女	職業 被保険者の職業
事故の内容	発 生 日 時	令和 〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後 〇時 〇分頃			
	発 生 場 所	(例)福岡県庁前交差点			
	事故原因と状況	(例)道路横断中、右から来た自動車に衝突。 頭部を強打し負傷した。 (事故発生状況報告書参照)			
	警察署への届	届済・未届 (いずれか〇印) 届出所轄署 〇〇〇警察署			
	心 身 の 状 況	相手者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()		
	被保険者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ()			
被保険者の人身傷害 補償保険について		有・無	損 保 名[損害〇〇〇〇会社] 〇〇〇〇サービスセンター 担当者名[〇〇〇〇] 電話番号[092-000-00000]		

第三者 (相手者) 関係	相手者	住 所	相手者の住所				電話	相手者の電話番号	
		フリガナ	カナ	性別	男・女	年令	〇才	職業	相手者の 職業
		氏 名	相手者の氏名						
	保有者との関係	本人 ・ 従業員 親族 ・ その他 ()							
	保有者 (所有者・ 使用主)	住 所 (所在地)	保有者の住所						
		名 称	保有者の名称(会社名)						
		代 表 者	代表者名						
契約者との関係		本人 ・ 譲受人 ・ 借受人 ・ その他 ()							

不明な場合、「事故後相手は逃走し、
現在も不明である」等、現時点で
判明している情報を記載。

第三者の 共済関係	保険会社(又は農協)		損害〇〇会社		共済証明書番号	自賠責保険証の番号	
	共済 保険 契約 者	住 所	保険の契約者の住所				電話 保険の契約者の電話番号
		フリガナ 氏 名	カナ 相手者の自賠責契約者名		共済 保 険 期 間	自 令和〇年〇月〇日 至 令和〇年〇月〇日	
	相手者の自動車		車種	車の車種	登録番号 車両番号	プレートナンバー 事故証明にある番号	車台 番号 車検証から 自賠責保険証から
	任意保険 (対人) の有無		有・ 無	任意保険会社名		保険会社(共済) 〇〇サービスセンター	
				電話番号 092(000)0000		担当者 担当者名	
		証券番号	第 〇〇〇〇〇〇〇〇〇 号				

治 療 関 係	傷病名及び傷病の程度	(例) 頭部打撲		治療終了日 【令和〇年〇月〇日】
	医療機関の所在地・名称	福岡〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	福岡〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番	〇〇法律事務所 〇〇弁護士 (TEL:092-000-0000)
	診 療 の 期 間	令和〇年〇月〇日より 令和〇年〇月〇日まで 入院・外来の別 (入 ・ 外)	令和〇年〇月〇日より 令和〇年〇月〇日まで 入院・外来の別 (入 ・ 外)	令和 年 月 日より 令和 年 月 日まで 入院・外来の別 (入 ・ 外)
示 談	示談が成立した (令和 年 月 日) ・ 交 渉 中 ・ 示談はしない 示談をする予定 (〇〇月ごろ) ・ 裁判の見込み			
損害賠償金を受領した場合		名 目	金額又は品目	受領年月日

注 1. 交通事故の場合は、次の書類を添付してください。

- | | |
|--------------------------------|-----|
| ○交通事故証明書 (自動車安全運転センターが交付する原本) | 1 部 |
| ○交通事故発生状況報告書 (同封の用紙に記入) | 1 部 |
| ○念書 (同封の用紙に被保険者側で記入) | 1 部 |
| ○誓約書 (同封の用紙に相手者側で記入) | 1 部 |
| ○同意書 (同封の用紙に被保険者側・相手者側それぞれで記入) | 1 部 |
| ○示談書の写し (示談書が作成されている場合のみ) | 1 部 |

- この届書の内容で提出の時までわからないこと(第三者関係など)があれば、一応空白のまま提出し、判明次第おって連絡して下さい。
- 添付書類についても、すぐ揃わないものは後で提出して下さい。
- 詳しいことは、下記にお尋ね下さい。

連 絡 先	保険福祉課	医療保険係	担当者 () 電 話 ()
-------	-------	-------	--------------------