

第三者の行為による傷病届

平成 年 月 日

福津市長 殿

世帯主 住所 福津市  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 電話 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

		法制		一般・退職		
被保険者証記号・番号				個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日		明大平 年 月 日 (才)		
	氏名	性別	男・女	職業		
事故の内容	発生日時	平成 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		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	年齢
	氏名			才	職業	
	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 ( )				

第三者の自賠償 共済 関係	保険会社(又は農協)				共済 証明書番号 保険	
	共済 契約者	住所	電話			
		フリガナ 氏名			共済 期間 保険	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日
	加害自動車	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	契約保険 会社	保険株式(相互)会社 担当 農業協同組合		
		無	証券番号	第 号		
治療 関係	傷病名及び 傷病の程度					
	医療機関の 所在地・名称					
	診療の期間 (見込み期間)		平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成 年 月 日より 平成 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示談	示談が成立した(平成 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。

- 交通事故証明書(自動車安全運転センターが発行する原本。) 1部
  - 交通事故発生状況報告書(同封の用紙に記入する) 1部
  - 念書(同封の用紙に被害者側で記入する) 1部
  - 誓約書(同封の用紙に加害者側で記入する) 1部
  - 同意書(同封の用紙に被害者・加害者それぞれ記入する) 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とき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、すぐそろわないものはあとで提出して下さい。
4. くわしいことは、下記におたずね下さい。

連絡先	福津市役所 市民課 保険年金係	担当者( ) 電話( 0940-43-8127 )
-----	-----------------	------------------------------