

第三者行為による傷病届

※ 人身の事故証明書(原本)を添付してください。

介護保険被保険者番号		被保険者の氏名	電話 — — (大・昭・平) 年 月 日生
医療保険 (○を記入)	後期・国保・社保・その他		
事故発生の日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃	事故発生の場所	
事故の原因及び状況			
警察への届け出 <input type="checkbox"/> 届け出をした () 警察署 <input type="checkbox"/> しなかった			
相手者	氏名	男・女 () 才 勤務中・勤務外	
	住所	電話	
同上使用主 (勤務中の事故のみ記入)	名称	代表者	
	所在地	電話	
示談	示談が成立した (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	金額又は品名	受領年月日
			年 月 日
治療を受けた病院、 整骨院など	病院等名	①	②
	治療等開始	年 月 日	年 月 日
	治療等終了	年 月 日	年 月 日

交通事故については、加入している保険会社名等を下の欄に記入してください。

相手車の自賠責保険	保険会社	会社名	所在地
	証明書番号	保険期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	自動車	府県別登録番号	車体番号
	契約者	住所	所有者
氏名		氏名	
任意保険	任意保険の 相手車の 任意保険	会社名 (担当者)	所在地
	任意保険の 相手車の 任意保険	氏名	住所
			電話 — —
			電話 — —

上記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 _____

(届出人)

氏名 _____ 印 _____

世帯主との関係 _____

電話 _____

北九州市長 武内和久様