

## 第三者の行為による傷病届

令和 年 月 日

福津市長 殿

世帯主 住所 福津市

氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話 \_\_\_\_\_

次のとおりお届けします。

		法制	一般	退職
被保険者記号・番号		個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日(才)	
	氏名	性別	男・女	職業
事故の内容	発生日時	平成・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(いずれか○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	保険会社(又は農協)		共済証明書番号		
	自 共 済 保 険 契 約 者	住 所	電 話		
		フリガナ 氏 名	共済 保 険 期 間	自 平成 令和 年 月 日	至 平成 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 【 年 月 日】
	医療機関の所在地・名称			
	診 療 の 期 間	平成・令和 年 月 日より 平成・令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成・令和 年 月 日より 平成・令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	平成・令和 年 月 日より 平成・令和 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)
示 談	示談が成立した(平成・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。

- 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

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	福津市役所 保険年金医療課課 保険年金係	担当者 ( )
		電 話 ( 0940-43-8127 )