

第三者の行為による傷病届

平成 年 月 日

築上町長 殿

世帯主 住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____

次のとおりお届けします。

法制 一般 ・ 退職

被保険者証記号・番号		個人番号		
被保険者	フリガナ	生年月日	明大 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 (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	保険会社(又は農協)				共済証明書番号			
	自賠責 保険 契約者	住所						電話
		フリガナ 氏名				共済 保険 期間	自 平成 年 月 日 至 平成 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 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	築上町役場住民 課 保険 係 担当者 () 電 話 (0930-56-0300)
-----	--

様式8号の1

【国民健康保険用】

第三者の行為による傷病届

平成〇〇年〇〇月〇〇日

築上町長 殿

世帯主 住所 届出者の住所
氏名 届出者の氏名 印
電話 届出者の電話番号

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		〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号 委任時は不要	
被保険者	フリガナ	カナ		生年月日 明大 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	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		午前・午後 〇時 〇分頃
	発生場所	福岡県庁前交差点		
	事故原因と状況	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 (いづれか〇印)	届出所轄署 福岡 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	氏名	カナ		性別	男・女	年令	〇才	職業	相手者の職業
			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		電話	092-000-0000				
		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 ()								

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		
	自賠責 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 相手車の自賠責契約者名		共済 保険 期間	自 平成〇〇年〇〇月〇〇日 至 平成〇〇年〇〇月〇〇日		
	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 事故証明書 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	契約保険会社	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	頭部打撲		治療終了日【〇〇年〇〇月〇日】
	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	
	診療の期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日より 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで 入院・外来の別(入・外)	平成〇〇年〇〇月〇〇日より 平成〇〇年〇〇月〇〇日まで 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(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
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	築上町役場住民課 保険係	担当者() 電話(0930-56-0300)
-----	--------------	------------------------------